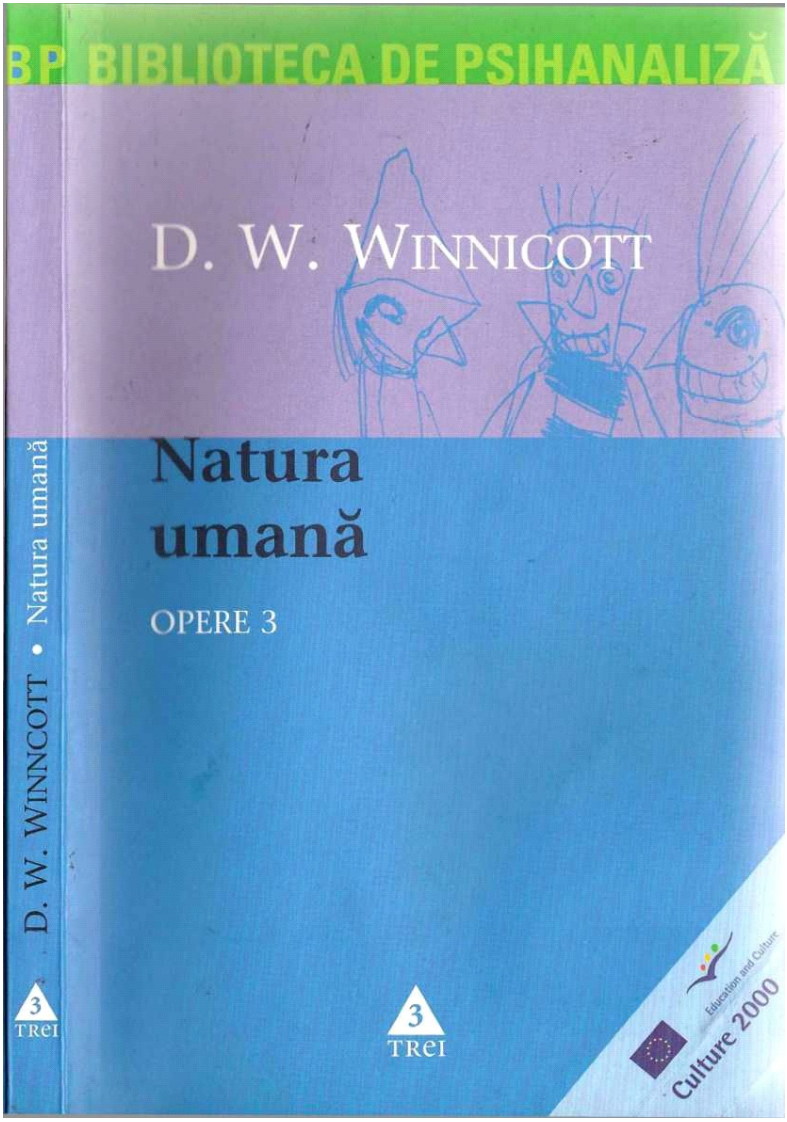


Ideile lui Donald Winnicott sunt presărate în numeroase articole clinice şi prezentări scurte, populare.

El a făcut o singură încercare de a aşterne pe hârtie o privire de ansamblu asupra ideilor sale, pe care cititorul o găseşte în acest volum.

A rămas neterminată, întreruptă fiind de moartea lui survenită în anul 1971. Este o muncă ambiţioasă. Aşa cum spune el însuşi în introducere, „Sarcina acestei cărţi este studiul naturii umane. În momentul începerii ei, sunt poate prea conştient de vastitatea unui asemenea proiect. Natura umană este aproape tot ce avem.

În pofida faptului că ştiu acest lucru, intenţionez să respect titlul şi intenţionez să fac o descriere a naturii umane care să înglobeze diversele tipuri de experienţe ce mi-au aparţinut: lucrurile pe care le-am învăţat de la profesorii mei şi din experienţa mea clinică. În acest fel poate o să obţin o descriere personală, şi deci bineînţeles limitată, a unei teme care nu are limite”.

Capitolele oferă perspectiva lui Winnicott asupra problemelor majore ale teoriei psihanalitice, ca de exemplu: complexul lui Oedip, sexualitatea infantilă, inconştientul, poziţia depresivă, apărarea maniacală, obiectele tranziţionale, agresiunea, psihosomatica.

Winnicott a făcut aici un efort sintetic de excepţie, un efort considerat drept cel mai bun din cadrul operei sale postume.

D.W. Winnicott este privit ca analistul britanic cel mai influent. Scrierile sale se numără printre cele mai impresionante şi concludente din întreaga literatură psihanalitică.

Peter Lomas îl numeşte în suplimentul literar al lui *Times* „cel mai influent psihanalist din perioada de după Freud şi Jung”.

www.editura trei.ro
ISBN 973 – 707 – 003 – 8

Biblioteca de psihanaliză, 60
Colecţie coordonată de Vasile Dem. Zamfirescu
This book was published with the support of the Culture 2000 programme of the european Union.
Această carte a fost publicată cu ajutorul programului Cultura 2000 al Uniunii Europene.

D.W. Winnicott
Opere 3
Natura umană

Traducere din engleză de Cătălin Popescu
Postfaţă de Ioana Lazăr

Coperta colecţiei;
DINU DUMBRĂVICIAN

Descrierea CIP a Bibliotecii Naţionale a României
WINNICOTT, DONALD W.
Opere / D.W. Winnicott;
Trad. din engleză de Claudia Alecu, Ioana Lazăr, Cătălin Popescu;
coord. şi introd. de Cătălin Popescu.
— Bucureşti Editura Trei, 2003
3 vol.
ISBN 973 – 8291 – 19 – 4

Vol. 3: Natura umană trad. din engleză de Cătălin Popescu;
postf.: Ioana Lazăr.
— 2004 – Bibliogr.

— ISBN 973 – 707 – 003 – 8

I. Popescu, Cătălin (trad.)
II. Lazăr, Ioana (postf.)
616 – 053.2
159.964.2

Această carte a fost tradusă după:
Human Nature, de D.W. Winnicott.
Free Association Books, Londra, 1988
The Winnicott Trust, 1988 by arrangement with Mark Paterson
Editura Trei, 2004

ISBN 973 – 8291 – 19 – 4
ISBN 973 – 707 – 003 – 8

Cuprins

Prefaţă
Notă editorială
Mulţumiri
INTRODUCERE
Partea I Examinarea copilului uman: soma, psyche, minte
INTRODUCERE
CAPITOLUL 1 CONTINUUMUL PSYCHE-SOMA ŞI MINTEA
Sănătatea somatică
Sănătatea psihică
Intelect şi sănătate
2 SĂNĂTATEA IMPERFECTĂ
Sănătatea imperfectă somatică Sănătatea imperfectă psihică
Partea a II-a Dezvoltarea emoţională a fiinţei umane
INTRODUCERE
CAPITOLUL 1 RELAŢII INTERPERSONALE
Prima parte a descrierii
Familia
Pulsiunea
Relaţiile de iubire
2 CONCEPTUL DE „SĂNĂTATE” DIN PERSPECTIVA TEORIEI PULSIONALE
Elaborarea imaginară a funcţiilor
Psihicul
Sufletul
Stări excitate şi liniştite
Complexul Oedip
O nouă descriere
Sexualitatea infantilă
Realitate şi fantasmă
Inconştientul

Rezumat
Harta psihologiei unui băieţel în termenii teoriei pulsionale Apărări împotriva anxietăţii – ameninţării cu castrarea Căderea apărărilor
Partea a III-a Stabilirea statutului unitar
INTRODUCERE DEZVOLTAREA EMOŢIONALĂ CARACTERISTICĂ PRUNCIEI
CAPITOLUL 1 POZIŢIA DEPRESIVĂ
Îngrijorare, vinovăţie şi realitate psihică internă personală
Poziţia depresivă: recapitulare
Refularea reconsiderată
Gestionarea obiectelor şi forţelor rele… Complexitatea şi bogăţia interioară
2 DEZVOLTAREA TEMEI LUMII INTERIOARE
Introducere
Modul de viaţă paranoid
Depresia şi „poziţia depresivă”.
Apărarea maniacală
3 DIFERITE TIPURI DE MATERIAL PSIHOTERAPEUTIC
4 ANXIETATEA IPOHONDRIACĂ
Partea a IV-a De la teoria pulsională la teoria eului
INTRODUCERE: DEZVOLTAREA EMOŢIONALĂ PRIMITIVĂ
CAPITOLUL 1 STABILIREA RELAŢIEI CU REALITATEA EXTERIOARĂ
Relaţii excitate şi liniştite
Valoarea iluzie şi stările tranziţionale
Eşecul în contactul iniţial
Creativitatea primară
Importanţa mamei
Bebeluşul la naştere
Filosofia „realului”.
2 INTEGRAREA

3 INSTALAREA PSIHICULUI ÎN CORP
Experienţa corporală
Paranoia şi naivitatea
4 STĂRILE CELE MAI TIMPURII
Diagrama aranjamentului mediu-individ
Acţiunea gravitaţiei
5 O STARE PRIMARĂ DE FIINŢASE: STADIILE PREPRINTIVE
6 HAOS
7 FUNCŢIA INTELECTUALĂ
8 RETRAGERE ŞI REGRESIE
9 EXPERIENŢA NAŞTERII
10 MEDIUL
11 MALADIILE PSIHOSOMATICE RECONSIDERATE
Astmul
Ulcerul gastric
Apendice
Postfaţă de Ioana Lazăr
Bibliografie
Prefaţă de Clare Winnicott

A

În anul 1936, Donald Winnicott a fost invitat de către Şu san Isaacs să ţină câteva prelegeri despre creşterea şi dezvoltarea umană pentru învăţători cu experienţă, în cadrul unui curs avansat la Universitatea din Londra. În anul 1954, când s-a început lucrul la această carte, el ţinea şi prelegeri în mod regulat pentru studenţii Universităţii de Asistenţă Socială, încă din 1947. Aceste posibilităţi de a ţine prelegeri într-un mod regulat, care au continuat până în momentul morţii sale în 1971, erau foarte apreciate de către Winnicott, deoarece a furnizau un stimulent constant pentru a-şi clarifica propria înţelegere şi a-şi modifica ideile în lumina interacţiunii sale cu studenţii şi a propriilor experienţe. Se poate spune că activitatea lui

universitară era o parte esenţială a propriei lui dezvoltări şi că îi era profund recunoscător lui Susan Isaacs, a cărei încredere în el a fost primul pas către participarea lui la această activitate.

Winnicott şi-a dezvoltat un stil propriu special de a comunica materialul prelegerilor sale şi, an după an, studenţii renunţau să ia notiţe şi deveneau implicaţi, împreună cu el, în procesul real de creştere şi dezvoltare. Cu alte cuvinte, învăţau fără să fie învăţaţi. Prelegerile lui puteau să fie libere şi să pară nestructurate doar pentru că se bazau pe un nucleu central de cunoaştere integrată şi pe un model formulat cu atenţie al stadiilor dezvoltării umane pe care studenţii puteau să-l înţeleagă. Diagramele sale construite cu rapiditate pe tablă vor rămâne în memoria tuturor celor care au participat la prelegerile lui ca fiind o trăsătură esenţială a modului său de comunicare.

Scopul originar al acestei cărţi a fost acela de *a furniza notiţele pe care studenţii nu puteau să le ia* şi de a le face disponibile tuturor celor care studiau natura umană. Prima schiţă a cărţii a fost începută şi terminată într-un interval relativ scurt de timp în vara anului 1954, dar de atunci şi până în momentul morţii sale a fost continuu reanalizată şi revizuită.

Notă editorială

PLANUL Cărţii Winnicott a făcut două rezumate ale cărţii lui despre natura umană. Primul datează din august 1954, anul în care cea mai mare parte din carte este scrisă, după cum ştim de la Clare Winnicott, iar al doilea datează cam din 1967. Ambele sunt reproduse în cadrul unei anexe la sfârşitul volumului de faţă.

Se poate observa că materialul cărţii urmăreşte relativ îndeaproape primele trei părţi ale Rezumatului I, deşi ordinea în care este scris devine oarecum diferită: de exemplu, secţiunea planificată despre „Studiul secvenţelor” incluzând fantasma, realitatea internă şi visul, ca şi cea despre „Obiecte şi fenomene tranziţiomle” nu s-au materializat în conformitate cu planul, cel mai probabil deoarece aceste subiecte fuseseră deja atinse în cadrul capitolelor anterioare. Se va observa de asemenea din Rezumatul I că planul iniţial al lui Winnicott includea încă două părţi cu capitole despre tendinţa antisocială şi despre diversele stadii ale dezvoltării de la latenţă la maturitate, care de fapt nu au fost scrise niciodată, cu toate că există dovezi că urma să înceapă următoarea parte a cărţii cu o lucrare intitulată „Cercetare asupra delincoenţei” care fusese publicată în 1943 în ziarul o nouă eră în cămine şi şcoli.

Se poate ca al doilea rezumat să fi fost intenţionat ca ghid la revizia cărţii. Se poate observa că sumarele părţilor I şi III ale cărţii în forma ei prezentă există în cadrul acestui rezumat aproape identice cu modul în care apar în carte, dar se prea poate ca Winnicott să fi intenţionat să reducă partea a II-a existentă (care se ocupă cu relaţia interpersonală şi teoria instinctelor); iar dintre ultimele opt capitole ale părţii a IV-a existente, doar cel despre „Mediu” este trecut.

TITLURILE

Titlurile diferitelor părţi, capitole şi secţiuni ce apar în volumul de faţă sunt aproape toate la fel cum au fost găsite în dactilogramă. În puţinele locuri în care noi am adăugat un titlu de secţiune în vederea unei continuităţi, am consultat rezumatele.

Textul acesta a fost lăsat aşa cum a fost găsit. Corecturile făcute pe dactilogramă în scrisul lui Winnicott sau cel al lui Joyce Coleş, secretara lui, au fost încorporate în text; iar în puţinele locuri unde am adăugat un cuvânt sau o literă, acestea apar între paranteze drepte. Orice note de subsol sau părţi de note de subsol pe care le-am adăugat apar, de asemenea, între paranteze drepte.

NOTE REVIZIE

Pentru câteva note în scrisul lui Winnicott au fost găsite împreună cu dactilograma, arătând unde şi cum dorea să revizuiască anumite secţiuni ale cărţii. Majoritatea se aflau pe bucăţele separate de hârtie, indicând numărul pâinii la care se refereau; numai ocazional asemenea note au fost găsite scrise pe marginea dactilogramei. Toate aceste note apar aici ca note de subsol la text în locul unde se intenţiona revizia.

Cristopher Bollas
Madeleine Davis
Ray Shepherd

Mulţumiri

Suntem recunoscători de a fi putut folosi munca efectuată de Judith Issrojf asupra detaliilor biografice fi asupra indexului.

Introducere sarcina acestei cărţi este studiul naturii

umane.

La momentul începerii ei, sunt cât se poate de conştient de vastitatea unui asemenea proiect. Natura umană este aproape tot ce avem.

În pofida faptului că ştiu acest lucru, intenţionez să respect titlul şi intenţionez să fac o descriere a naturii umane care să înglobeze diversele tipuri de experienţe ce mi-au aparţinut: lucrurile pe care le-am învăţat de la profesorii mei şi din experienţa mea clinică. În acest fel poate voi obţine o descriere personală, şi deci bineînţeles limitată, a unei teme care nu are limite.

Într-adevăr, este mult mai uşor, şi mai uzual, ca un medic să scrie despre boală. Prin intermediul studiului bolilor ajungem la studiul multor lucruri care sunt importante pentru sănătate. Dar presupunerea medicului că sănătatea ar fie relativă absenţă a bolilor nu este îndeajuns de bună. Cuvântul „sănătate” îşi are propriul înţeles într-un mod pozitiv, în aşa fel încât absenţa bolilor nu este decât punctul de pornire pentru o viaţă sănătoasă.

O să presupun că cititorul meu este un student licenţiat (aflat în cursul doctoratului sau al specializării) despre care putem fi siguri că a citit o anumită cantitate de psihologie de tip dinamic şi că a avut experienţe personale, atât profesional cât şi în viaţă.

Cititorul are dreptul să ştie cum am devenit capabil să scriu despre psihologie. Viaţa mea profesională am petrecut-o în câmpul pediatriei. În timp ce colegii mei pediatri se specializau predominant în latura somatică, eu personal am virat treptat către specializarea în latura psihologică. Nu am părăsit niciodată pediatria generală, deoarece consider că psihiatria copilului face în esenţă parte din pediatrie. În vreme ce psihiatria adulţilor trebuie din nefericire să fie separată de practică medicală şi chirurgicală, această separare nu ar trebui să se petreacă niciodată în ceea ce priveşte bebeluşii şi copiii.

Din cauza unor dificultăţi personale, am intrat în psihanaliză într-un stadiu timpuriu al profesiei mele ca medic de copii. În curând am început să înţeleg că era loc pentru psihanaliza copiilor, atât ca metodă de terapie, cât şi de cercetare. În 1927, am venit în contact cu felul în care Melanie Klein aplica metodele lui Freud în terapia copilului, şi mai târziu am descoperit că Aichhom, Anna Freud, Alice Balint şi alţii începuseră să aplice în diverse feluri psihanaliza la problemele copiilor, iar eu am avut şansa de a învăţa de la Anna Freud, care a venit să se stabilească în Londra.

Am devenit student la Institutul de Psihanaliză, şi după calificarea ca psihanalist, iar apoi ca analist de copii, am putut să întreprind analize de adulţi şi copii din aproape toate tipurile de cazuri şi din cadrul oricărui grup de vârstă. Cu toate acestea, experienţa unui analist, oricare ar fi acela, nu poate fi mai mult decât experienţa unei singure persoane. Un analist poate să ducă până la sfârşit doar aproximativ şaptezeci de analize. Prin natura profesiei mele, am putut să ocolesc această dificultate a limitării experienţei cazuistice, datorită faptului de a fi avut în îngrijire un mare număr de pacienţi în practica mea ambulatorie şi de a fi întreprins nenumărate psihoterapii scurte şi probleme de gestionare.

În stadiile timpurii ale carierei mele am evitat cazurile antisociale extrem de laborios organizate, dar în timpul războiului am fost forţat să iau în considerare acest tip de tulburare în cadrul practicii pe care am fost privilegiat s-o desfăşor cu copiii evacuaţi în Oxfordshire.

Aproximativ cam tot atunci am devenit treptat atras de tratamentul tipului mai psihotic de pacient adult şi am descoperit că pot învăţa multe lucruri despre psihologia copilăriei timpurii de la adulţii profund regresaţi în cursul tratamentului psihanalitic căci nu puteam afla mare lucru despre ea nici prin observarea directă a bebeluşilor, nici

prin analiza copiilor, fie ei chiar de 2 ani şi jumătate. Acest travaliu psihanalitic cu adulţii de tip psihotic s-a dovedit extrem de laborios şi mare consumator de timp şi în niciun caz întotdeauna evident reuşit. Într-un caz ce s-a sfârşit tragic, am sacrificat 2500 de ore din viaţa mea profesională, fără nicio speranţă de remuneraţie. Totuşi, acest tip de travaliu m-a învăţat mai multe decât oricare altul.

Ceea ce a unit toate acestea a fost nevoia constantă de a oferi sfaturi părinţilor în cadrul consultaţiilor, şi această experienţă de a oferi sfaturi este cea care mi s-a părut cea mai dificilă.

În ultimul rând vreau să menţionez stimulul reprezentat de predare şi conferinţele radiodifuzate pe care le-am susţinut.

Partea I
EXAMINAREA COPILULUI UMAN: *SOMA*, *PSYCHE*, MINTE

Introducere

Am ales să cercetez natura umană prin intermediul unui studiu asupra copilului. Cu toate că adulţii sănătoşi continuă să crească, să se dezvolte şi să se schimbe chiar până în momentul morţii, există un model care va persista, care poate fi deja distins în copil, aşa cum şi faţa va rămâne recognoscibilă de-a lungul întregii vieţi a individului.

Dar unde este de găsit copilul?

Corpul copilului aparţine pediatrului.

Sufletul aparţine preotului-profesor de religie.

Psihicul aparţine psihologului dinamic.

Intelectul aparţine psihologului

Mintea aparţine filosofului.

Psihiatria revendică tulburările mentale.

Ereditatea aparţine geneticianului

Ecologia îşi revendică un interes în mediul social. Ştiinţele sociale studiază cadrul familial şi relaţiile lui atât cu societatea, cât şi cu copilul.

Economia examinează forţele şi tensiunile datorate diverselor nevoi conflictuale.

Legea intervine pentru a regla şi a umaniza răzbunarea publică determinată de comportamentul antisocial.

În contrast cu multitudinea acestor diverse revendicări, organismul uman individual furnizează o unitate şi o temă centrală, şi trebuie ca noi să încercăm să unificăm într-o descriere complexă comentariile care ar putea fi făcute din multiple puncte de vedere.

Nu este nevoie să adoptăm o singură şi unică metodă

pentru descrierea fiinţelor umane. Este mai degrabă profitabil să ne familiarizăm cu uzul fiecărei metode cunoscute de abordare.

Dacă alegem abordarea evoluţionistă a studiului naturii umane ca fiind cea care ar putea concentra diversele puncte de vedere, sper să clarific cum, pornind iniţial de la o fuziune primară a individului cu mediul, apare o emergenţă, individul formulând o revendicare, devenind capabil să existe într-o lume care este repudiată; apoi întărirea sinelui ca entitate, o continuitate a fiinţării, ca un loc unde, şi de unde, emerge sinele ca unitate, ca ceva legat de trup şi dependent de îngrijirea fizică; apoi conştientizarea incipientă (iar conştientizarea implică existenţa minţii) a dependenţei, şi conştientizarea stabilităţii mamei şi a iubirii ei care îi parvine copilului sub forma îngrijirilor fizice şi a unei strânse adaptări la necesităţile lui; apoi acceptarea personală a funcţiilor şi pulsiunilor cu momentele lor culminante, a recunoaşterii treptate a mamei că fiind o fiinţă umană distinctă, şi împreună cu aceste lucruri o schimbare de la neîndurare la îngrijorare; apoi o recunoaştere a părţii terţe şi a iubirii ce e complicată de ură şi a conflictului emoţional; toate acestea fiind îmbogăţite de elaborarea imaginară a fiecărei funcţii şi de creşterea psihicului alături de cea a trupului; de asemenea, specializarea capacităţii intelectuale, dependentă de calitatea înzestrării cerebrale; şi, din nou, împreună cu toate acestea, dezvoltarea treptată a independenţei faţă de factorii ce ţin de mediul înconjurător, ducând în cele din urmă la socializare.

Ar fi posibil să începem cu începutul şi să mergem treptat înainte, dar asta ar însemna să începem cu obscurul şi necunoscutul şi abia mai târziu să ajungem la lucrurile prea bine cunoscute. Acest studiu al dezvoltării va începe cu copilul de 4 ani şi va acţiona înapoi în timp, ajungând în cele din urmă la începuturile individului.

Haideţi să spun câte ceva despre sănătatea fizică. Sănătatea trupului implică o funcţionare fizică potrivită vârstei copilului şi absenţa bolilor. Evaluarea şi estimarea sănătăţii corporale este o sarcină pe care şi-o asumă pediatrul, adică sănătatea corporală în măsura în care funcţionarea corpului nu este afectată de emoţii, de conflicte emoţionale şi de evitarea emoţiilor dureroase.

De la concepere până la pubertate există o creştere şi dezvoltare a funcţiilor constante şi continue şi nimeni nu se gândeşte să judece dezvoltarea fizică a unui copil fără să o raporteze la vârsta acestuia.

Presupunând că a existat o îngrijire satisfăcătoare a copilului, se poate afirma că există o rată standard a dezvoltării. Se dezvoltă tot timpul noi tabele pentru estimări. Putem folosi datele colectate şi ordonate, fiind totuşi în acelaşi timp pregătiţi să lăsăm loc şi unor mari variaţii individuale în cadrul conceptului de sănătate.

Pediatria s-a bazat în principal pe studiul maladiilor somatice specifice copilăriei, sănătatea fiind înţeleasă ca o absenţă a bolii. Nu cu mult timp în urmă, rahitismul era frecvent, ca şi multe alte boli datorate unei hrăniri inadecvate; pneumonia era o problemă constantă şi ducea în mod frecvent la empiem, acum doar arareori întâlnit într-un spital londonez; sifilisul congenital era frecvent diagnosticat într-o clinică pediatrică şi nu era uşor de tratat; infecţiile osoase acute trebuiau tratate prin operaţii chirurgicale drastice şi o dureroasă îngrijire postoperatorie. Dar în decursul a treizeci de ani întregul tablou s-a schimbat.

În urmă cu o sută de ani lucrurile stăteau chiar mai rău, existând o confuzie aproape completă în ceea ce privea diagnosticul şi etiologia, iar principala sarcină a vechii generaţii de pediatri era sortarea entităţilor nosologice. În acele vremuri nu era prea mult timp sau loc pentru conceptualizarea sănătăţii în sine şi nici pentru

studierea greutăţilor ce-l asediau pe un copil sănătos fizic din cauza faptului de a creşte într-o societate compusă din fiinţe umane.

În prezent, datorită avansului în domeniul diagnosticului şi tratamentului maladiilor somatice, găsim medici care sunt complet pregătiţi pentru a face faţă tulburărilor somatice, observând în acelaşi timp modul în care funcţionarea somatică este afectată de lucruri precum anxietatea şi de gestionarea parentală deficientă.[1]

O nouă generaţie de studenţi în medicină revendică o instruire în psihologie. Către cine să se îndrepte? Profesorii de pediatrie înşişi s-ar putea să nu înţeleagă deloc psihologia. În opinia mea, există un real pericol ca aspectele mai superficiale ale psihologiei copilului să fie supraaccentuate. Fie factorii externi, fie ereditatea simt blamaţi pentru orice. Entităţile nosologice psihiatrice sunt colectate şi descrise într-o manieră net delimitată, care este falsă; teste de evaluare a dezvoltării sau de personalitate sunt în mod nejustificat venerate; înfăţişarea veselă a unui copil este prea uşor acceptată ca semn de dezvoltare emoţională sănătoasă.

Ce are psihanalistul de oferit? Nu oferă nicio soluţie facilă, ci în schimb îl confruntă pe tânărul pediatru, deja având în jur de treizeci de ani şi fiind un om căsătorit, cu familie, cu un nou subiect cel puţin la fel de vast ca şi fiziologia. Mai mult decât atât, afirmă că pentru a atinge în domeniul psihiatriei pediatrice o poziţie comparabilă cu înalta reputaţie din cadrul pediatriei somatice, pediatrul

---

1 Aş dori să-l menţionez pe Guthrie, autor al lucrării Functional Nervous Disorders in Childhood (1907), nu pentru că a atins culmi de excelenţă, ci pentru că a fost un pionier căruia îi datorez climatul deosebit de la Paddington Green Children's Hospital, care a făcut posibilă repartizarea mea acolo în 1923. După moartea tragică a lui Guthrie, a trebuit să continuu munca clinicii lui şi nu am fost conştient în acel moment că am fost numit în colectivul consultant al spitalului datorită propriilor mele înclinaţii către psihologia aplicată în pediatrie.

trebuie să treacă atât printr-o analiză personală, cât şi printr-o formare specială.

Toate acestea sunt foarte grele, dar nu există şi nu va exista niciodată nicio modalitate de a le ocoli. Pediatrul ezită în faţa unui asemenea risc şi preferă să rămână la pediatria somatică, chiar dacă trebuie să se îndepărteze îndeajuns de mult de domeniul cunoscut pentru a găsi destule maladii somatice noi, pe care să le prevină şi trateze. Dar va veni vremea când în ţara noastră nu va mai fi necesară nicio extindere a pediatriei somatice şi un număr din ce în ce mai mare de pediatri tineri vor fi forţaţi să intre în domeniul psihiatriei pediatrice, îmi doresc să vină acea zi, şi mi-am dorit acest lucru de-a lungul ultimilor treizeci de ani. Dar pericolul constă în faptul că latura dureroasă a noii dezvoltări va fi evitată şi se va încerca să se descopere o cale care s-o ocolească; teoriile vor fi reformulate, sugerând că maladiile psihiatrice sunt un produs nu al conflictului emoţional ci al eredităţii, constituţiei sau pur şi simplu al unei gestionări greşite. Dar realitatea este că însăşi viaţa este dificilă, iar psihologia se ocupă cu problemele inerente ale dezvoltării individuale şi ale procesului de socializare; mai mult decât atât, în domeniul psihologiei pediatrice trebuie să întâlnim conflictele prin care am trecut noi înşine, deşi în cea mai mare parte deja le-am uitat sau nu am fost niciodată conştienţi de ele.

Capitolul 1
Continuumul *psyche-sama* şi mintea[2]

O fiinţă umană este o ilustrare temporală a naturii umane. Întreaga persoană este somatică dacă este văzută

---

2 în original „The psyche-soma and the mind"; în continuare, în cea mai mare parte s-a tradus „soma" cu „corp", „body" cu „trup" şi „psyche" cu „psihic". (N. t.)

dintr-un anumit unghi, psihologică dacă este văzută dintr-un altul. Există *soma* şi există *psyche*. Există, de asemenea, o complexitate în continuă dezvoltare de interrelaţii între cele două şi o organizare a acestor relaţii venind de la ceea noi numim „minte”. Funcţionarea intelectuală, ca şi psihicul, are drept suport somatic anumite părţi din creier.

Ca observatori ai naturii umane, putem distinge trup, psihic şi funcţionare mentală.

Nu vom cădea în capcana întinsă de folosirea uzuală a termenilor „mintal” şi „somatic”. Aceşti termeni nu descriu fenomene opuse. Cele care sunt opuse sunt *soma* şi *psyche*. Mintea aparţine unui ordin deosebit prin el însuşi şi trebuie considerată ca fiind un caz special de funcţionare a continuumului *psyche-sama*.[3]

Trebuie să menţionăm faptul că putem să observăm natura umană în toate cele trei moduri indicate şi să studiem cauzele diviziunii interesului. Va fi interesant mai ales să cercetăm cele mai timpurii stadii ale dihotomiei *psyche-sama* în bebeluş şi începuturile activităţii mentale.

SĂNĂTATEA SOMATICĂ

Sănătatea corporală implică o ereditate îndeajuns de bună şi un mediu[4] îndeajuns de bun. Un trup sănătos funcţionează la nivelul corect al vârstei. Accidentele şi eşecurile mediului sunt gestionate în permanenţă, astfel încât în timp efectul lor negativ se va şterge. Dezvoltarea continuă odată cu trecerea timpului şi treptat bebeluşul

---

3 Vezi D.W. Winnicott: (1949) Mind and its Relation to the Psyche-Soma. [(Apărută în traducere românească în De la pediatrie la psihanaliză, Editura Trei, 2002). (N. t.)]

4 în original „nurture", care poate fi tradus atât prin „creştere, îngrijire", cât şi prin „totalitatea factorilor de mediu cu care intră în contact copilul începând de la naştere, în contrast cu factorii ereditari". (N.t.)

devine bărbat sau femeie, nici prea devreme, nici prea târziu. Vârsta mijlocie apare la timpul potrivit, cu noi schimbări corespunzătoare, şi în cele din urmă bătrâneţea limitează diversele funcţii până în momentul în care urmează moartea naturală, ca o pecete finală a sănătăţii.

SĂNĂTATEA PSIHICĂ

Într-un mod similar, sănătatea psihică trebuie evaluată în termeni de creştere emoţională şi este o chestiune de maturitate. Fiinţa umană sănătoasă este matură din punct de vedere emoţional în conformitate cu vârsta momentană. Maturitatea implică treptat individul în responsabilitatea pentru mediul înconjurător.

După cum sănătatea somatică este o chestiune extrem de complexă dacă luăm în considerare întreaga fiziologie (de exemplu, biochimia tonusului muscular), la fel de complexă este şi maturitatea emoţională. Scopul principal al acestei cărţi este să indice treptat modalităţile în care s-a descoperit că dezvoltarea emoţională este complexă, şi totuşi analizabilă prin metode ştiinţifice.

SĂNĂTATE

Intelect şi Dezvoltarea intelectuală nu se poate compara cu dezvoltarea somatică şi psihică. Nu există niciun înţeles al termenului „sănătate intelectuală”. Intelectul, ca şi psihicul, depinde de funcţionarea unui organ corporal particular, şi anume creierul (sau a anumitor părţi ale creierului). Fundamentul pentru intelect este deci calitatea creierului, dar intelectul nu poate fi descris decât în termeni de plus sau minus, în afara cazului în care creierul este deformat sau modificat din cauza unei boli somatice. Din punct de vedere al dezvoltării, intelectul însuşi nu poate fi bolnav, deşi poate fi exploatat de către un

psihic bolnav. Psihicul, prin contrast, poate fi el însuşi bolnav, adică modificat din pricina eşecurilor dezvoltării emoţionale, în pofida unui suport cerebral sănătos pentru funcţionarea sa. Partea din creier de care depinde capacitatea intelectuală este mult mai variabilă decât cea de care depinde psihicul, fiind de asemenea o mai nouă achiziţie în evoluţia rasei. Ereditatea şi hazardul ne înzestrează cu un creier care se situează sub sau peste medie în ceea ce priveşte capacitatea de funcţionare; sau hazardul, maladiile sau accidentele (ca de exemplu leziunile suferite în timpul procesului naşterii) ne înzestrează cu un creier care este deficient sau afectat; sau un proces infecţios din timpul copilăriei (meningită, encefalită) sau o tumoare determină interferenţe reziduale aleatorii cu funcţiile cerebrale; sau în cursul (aşa-numitului) tratament al tulburărilor mintale, neurochirurgul disecă intenţionat anumite porţiuni cerebrale pentru a deregla mecanismele de apărare puternic organizate împotriva nebuniei, apărări care ele însele constituie o situaţie clinică dureroasă. În oricare dintre aceste moduri, intelectul este afectat sau procesele mentale sunt modificate, cu toate că trupul (spre deosebire de creier) poate rămâne sănătos. În toate cazurile totuşi, sănătatea sau sănătatea imperfectă a psihicului trebuie evaluată. La una din extreme, un copil cu un coeficient de inteligenţă de 80 poate fi sănătos trupeşte, şi poate de asemenea prezenta o dezvoltare emoţională sănătoasă, devenind într-adevăr o persoană interesantă şi valoroasă, cu o personalitate bună şi o dispoziţie stabilă, capabil chiar să fie un bun partener de căsătorie şi părinte. La cealaltă extremă, un copil cu un intelect excepţional (I.Q. Peste 140), deşi posibil talentat şi valoros, poate fi, dacă dezvoltarea emoţională este tulburată, extrem de bolnav, predispus la decompensare psihotică, instabil ca personalitate şi, în cele din urmă, este foarte improbabil să

devină un cetăţean cu un cămin propriu.

În prezent este bine cunoscut că, în cazul copiilor relativ sănătoşi, coeficientul de inteligenţă, calculat, aşa cum se face de obicei, în concordanţă exactă cu vârsta cronologică, rămâne mai mult sau mai puţin constant. Acesta este doar un alt fel de a spune că intelectul depinde în mod fundamental de înzestrarea ţesutului cerebral o descriere a situaţiilor în care coeficientul de inteligenţă nu rămâne constant nu înseamnă decât enumerarea situaţiilor în care apare o denaturare a folosirii intelectului, pe de o parte datorată tulburărilor din timpul dezvoltării emoţionale, iar pe de altă parte maladiilor ţesutului cerebral.

În orice grup de copii deficienţi pot exista câţiva ale căror creiere ar fi putut avea abilităţi medii sau chiar superioare şi pentru care diagnosticul corect este psihoza infantilă. Deficitul mintal este astfel un simptom al unei tulburări timpurii a creşterii emoţionale. Acest tip de deficit nu este rar.

În contrast, clinicianul poate întâlni copii al căror intelect este anxios şi suprasolicitat, iarăşi din cauza tulburării emoţionale (ameninţarea reprezentată de confuzie), şi al căror I.Q., care la testare este mare, scade atunci când, din pricina psihoterapiei sau unei gestionări reuşite a mediului, frica de haos devine mai puţin iminentă.

Prin urmare, intelectul nu este asemănător trupului şi psihicului. Este ceva diferit, şi nu este posibil să spui despre intelect că sănătatea reprezintă maturitate şi maturitatea reprezintă sănătate. De fapt, nu există nicio legătură directă între conceptele de sănătate şi de intelect. La indivizii sănătoşi, mintea lucrează la nivelul funcţionării cerebrale deoarece dezvoltarea lor emoţională este satisfăcătoare.

Toate aceste lucruri vor necesita o examinare mai

amănunţită.

Capitolul 2

Sănătatea imperfectă acum ar fi util să privim sănătatea imperfectă din-.1. Tr-o perspectivă mai largă. Se pot descrie într-un JI. Mod relativ simplu maladiile şi tulburările ce afectează atât *soma*, cât şi *psyche*; interacţiunea dintre ele este complicată, dar se poate încerca o descriere bazată pe acceptarea dihotomiei.

SĂNĂTATEA IMPERFECTĂ SOMATICĂ

Ere (dovezile apar după naştere,
ditar sau dovezi ulterioare înainte sau în
momentul naşterii)

Con În timpul travaliului
genital
anomalii ce determină
dificultăţi la naştere
La naştere
accidente ale procesului
naşterii

Deficienţe de Calorii, Persecuţie Toate Autoaport
Substanţe (eşecul gradele Induse
(Defecte ale minerale, mediului) 1 intereliminării)
Vitamine mediate

Acci No …
dental roc
Ră
zboi

Infe No
stare roc
Infe

cţie	
(încă necunoscute)	Cancer Anumite maladii, probabil infecţii (reumatism articular acut, coree etc.)

Acestea acoperă domeniul sănătăţii imperfecte, cu excepţia categoriei vaste a funcţiilor ţesuturilor corporale afectate de diverse situaţii psihologice.

Poate este surprinzător că o atât de simplă descriere poate acoperi totalitatea sarcinilor pediatrului somatician, mai ales atâta timp cât în practică acestea sunt laborioase, iar cunoştinţele necesare sunt atât de vaste.

SĂNĂTATEA IMPERFECTĂ PSIHICĂ

Nu există nicio descriere simplă a sănătăţii imperfecte psihice, cu excepţia afirmaţiei că, din punct de vedere clinic, este întotdeauna vorba despre o tulburare a dezvoltării emoţionale, chiar şi atunci când este cauzată în mod evident de factori de mediu adverşi.[5]

Sănătatea corporală (inclusiv cea a funcţionării ţesutului cerebral) considerându-se de la sine înţeleasă, sănătatea imperfectă psihică se poate clasifica în nevroză şi psihoză. În cazul unei nevroze, dificultăţile încep să apară în cadrul relaţiilor interpersonale ce ţin de viaţa de familie, copilul având în acel moment între 2 şi 5 ani. În această perioadă cuprinsă între 2 şi 5 ani, copilul poate să fie o persoană întreagă printre alte persoane întregi şi este subiectul unor experienţe pulsionale puternice bazate pe iubirea între persoane. În cadrul nevrozei, dezvoltarea emoţională a copilului (sau a adultului) din timpul celor mai timpurii stadii s-a desfăşurat în limite normale.

5 în original „failure of nurture" — v. nota 1 de la p.25. (N. t.)

Psihoza este numele dat stărilor de boală ce au început să se dezvolte mai de timpuriu, adică dinainte ca acel copil să devină o persoană întreagă aflată în relaţie cu alte persoane întregi.

Această clasificare rudimentară are o utilitate limitată şi, imediat ce se efectuează o examinare mai amănunţită a stărilor psihotice clinice, apare nevoia unei metode mai delicate. Deocamdată trebuie doar să atragem atenţia cât de important este să luăm în considerare sursa tulburărilor dezvoltării emoţionale, încercând, de asemenea, să utilizăm termenii psihiatrici acceptaţi.

Astfel:

TIPUL	STAREA CLINICĂ	ORIGINEA
NEVROZE	Organizări defensive împotriva anxietăţii: fobii, isterie de conversie, nevroză obsesională etc.	Anxietatea apare ca urmare a vieţii pulsionale din relaţiile interumane.
PSIHOZE	Maniaco-depresivă Depresie Apărări contradepresive	Îngrijorare cu privire la iubirea neîndurătoare; Reacţie la pierderea obiectului.
	Persecuţie: dinspre înăuntru Ipohondrie: dinspre în afară Apărare prin paranoia: retragere	Îngrijorare cu privire la rezultatele agresiunii.

	în lumea interioară		
SC HIZOFRENIE	Apărare prin clivare dezintegrare pierderea realităţii pierderea contactului	Eşecul prin adaptării active a mamei în stadiile simţului timpurii. prin	

O descriere aproximativă de acest fel îi oferă unui student un punct de pornire pentru studiul bolilor psihice în termenii psihiatriei pentru adulţi. Este mai logic totuşi să se abordeze psihiatria pentru adulţi din perspectiva unui studiu intim al psihiatriei pediatrice.

Vom descoperi că, în pofida bunelor noastre intenţii, vom avea nevoie să facem o nouă clasificare, iar în cele din urmă tot nu vom fi mulţumiţi.[6]

Din punct de vedere clinic, nici măcar copiii bolnavi nu sunt tot timpul anxioşi sau nebuni. În mod obişnuit, suntem confruntaţi cu apărări organizate cu succes împotriva anxietăţii, iar în punerea unui diagnostic suntem preocupaţi de tipul apărărilor sau de succesul ori eşecul lor. De asemenea, este important să cunoaştem tipul anxietăţii care constituie o ameninţare; de exemplu, apărările pot fi împotriva fricii de pierdere a penisului său de pierdere a unei funcţii importante asociate cu o pulsiune; la fel, apărările pot fi împotriva depresiei, adică împotriva unei disperări ţinând de sentimentele de vinovăţie care fie sunt ele însele inconştiente, fie sunt în legătură cu chestiuni inconştiente; şi, de asemenea, apărările pot fi împotriva fricii de pierdere a contactului cu realitatea externă sau împotriva fricii de dezintegrare

6 Notă pentru revizie: Schiţează o reîntoarcere la o clasificare într-o nouă formă: de ex. dependenţă + familie şi aportul social; a te adapta/a nu te adapta.

haotică.

Toate acestea vor necesita o examinare mai amănunţită, dar ideea este că există într-adevăr o anumită justificare pentru clasificarea aproximativă a tulburărilor emoţionale minore ale copiilor în funcţie de tipul de boală pe care ar fi predispuşi să-l dezvolte dacă, în condiţii de stres, s-ar întâmpla să cedeze şi să se îmbolnăvească cu adevărat. O asemenea clasificare îmi permite să efectuez o examinare preliminară a interacţiunii dintre maladiile somatice şi cele psihiatrice, după care mă voi reîntoarce la studiul detaliat al creşterii emoţionale. Pentru moment, trebuie să omit eşecurile mediului în cadrul diverselor stadii, un subiect care va necesita şi el un studiu amănunţit în această lucrare. De asemenea, tipul antisocial de simptomatologie nu poate fi inclus în acest punct al lucrării.

Capitolul 3

Interrelaţiile dintre maladiile trupului şi tulburările psihologice

EFECTUL TRUPULUI ŞI AL SĂNĂTĂŢII SALE ASUPRA PSIHICULUI

EREDITATEA

În ceea ce priveşte ereditatea, nu există prea mult loc pentru confuzie. După cât se pare, ereditatea este somatică, chiar şi atunci când rezultatul este psihologic (de exemplu, o tendinţă către un temperament depresiv sau isteric transmis de la părinte copilului). Bază pentru *psyche* este reprezentată de *soma*, iar în cursul evoluţiei *soma* a apărut primul. Psihicul debutează ca o elaborare imaginară a funcţionării somatice, având drept cea mai

importantă sarcină corelarea experienţelor trecute, a potenţialităţilor, a conştientizării momentului prezent şi a aşteptărilor de viitor. Astfel sinele începe să existe. Psihicul nu are, bineînţeles, nicio existenţă în afara creierului şi a funcţionării cerebrale.

Moştenirea trăsăturilor de personalitate şi a tendinţelor către diverse tulburări şi tipuri psihiatrice ţine de somatic, iar această moştenire pune limite psihoterapiei. Aceste limite sunt relativ neimportante în tratamentul tulburărilor nevrotice, mai importante în tratamentul tulburărilor psihotice şi cel mai importante în psihanaliza oamenilor sănătoşi, adică a celor care se află (prin definiţie) cel mai aproape de a fi ceea ce ar trebui să fie, conform înzestrării lor native.

Trebuie menţionat că anumite tendinţe moştenite patologice se manifestă clinic tardiv, astfel încât, deşi sunt moştenite, nu sunt congenitale.

Ereditatea se ocupă cu factorii care au existat înainte de concepţie. Tulburările congenitale sunt acele tulburări care sunt evidente până la sfârşitul procesului naşterii.

Termenul „congenital” se referă la două seturi de tulburări, în primul rând la acele boli şi dizabilităţi ce există dinaintea datei naşterii, din perioada intrauterină, şi la acelea care reprezintă sechele ale însuşi procesului de naştere.

Pediatrul va judeca în termenii deficitelor de creştere (de exemplu, defectul mintal datorat rubeolei materne în a doua lună de sarcină), ai deformărilor ortopedice (de exemplu, luxaţia de şold), ai infecţiilor transmise de mamă (de exemplu, sifilisul înaintea naşterii şi gonoreea în timpul naşterii), ai incompatibilităţii sanguine între mamă şi bebeluş, ai injuriilor meningelui sau chiar ale creierului datorate unor întârzieri ale naşterii (pelvisul matern îngust, asfixia excesivă în timpului travaliului prelungit) şi aşa mai departe. Pediatrul are aici un domeniu larg pentru

a-şi desfăşura munca sa foarte specializată şi nu ne putem aştepta să se preocupe de experienţa naşterii (psihologică) a bebeluşilor fără malformaţii şi sănătoşi care nu sunt nici asfixiaţi, nici şocaţi în sens somatic.

În ultimii ani, aproape atingându-şi ţelul principal de a face naşterea o experienţă sigură din punct de vedere fizic, *ginecologul* a devenit interesat în psihologia naşterii. Psihologia *mamei* este cel mai studiată totuşi, şi ceea ce se predă în prezent aproape că poate fi rezumat în cuvintele: eliberare de frică. Aceasta s-ar putea realiza printr-o instruire corectă, care ar face posibilă o stare de relaxare la mamă. Încrederea personală într-un anumit doctor sau într-o anumită asistentă rămâne principalul suport al mamei, deşi acest lucru nu este întotdeauna menţionat. Nu ne putem aştepta nici de la ginecolog, nici de la asistenta de ginecologie să manifeste interes în psihologia bebeluşului în preajma momentului naşterii lui. Nici mama însăşi nu se află într-o poziţie potrivită pentru a deveni un pionier în acest domeniu chiar în clipa naşterii copilului ei. Însă ea ştie că psihologia copilului său trebuie luată în considerare. Când oare va găsi ea înţelegere? Psihologul este cel care trebuie să intervină până când pediatrul şi ginecologul vor ajunge la studiul psihologiei infantile.

Odată cu dezvoltarea creierului ca organ funcţional începe stocarea experienţelor şi amintiri corporale personale încep să se asocieze pentru a forma o nouă fiinţă umană. Există multe dovezi conform cărora mişcările corporale din viaţa intrauterină au semnificaţie şi probabil, într-un mod indirect la fel şi nemişcarea din viaţa din uter.

Cândva în preajma naşterii se petrece „marea deşteptare”, astfel încât noi putem observa o diferenţă între un copil născut prematur şi unul născut postmatur. Primul nu este încă pregătit pentru viaţă, iar celălalt este predispus să se nască într-o stare de frustrare, dat fiind că fusese pregătit şi a fost făcut să aştepte.

Totuşi, în mare, psihologia bebeluşului nu afectează tulburările grupate sub denumirea de „congenitale”. Pe de altă parte, evenimentele naşterii afectează în măsură foarte mare psihologia copilului. Acest domeniu trebuie studiat, după ce cititorul va fi fost familiarizat cu fiinţa umană care se află chiar la începutul vieţii.

Imediat ce bebeluşul s-a născut, efectul psihologiei infantile asupra sănătăţii corporale devine instantaneu evident.

Instituirea actului hrănirii nu este deloc doar o chestiune de reflexe. Este bine cunoscut că starea emoţională a mamei afectează capacitatea copilului de a apuca sânul şi, de asemenea, este adevărat că bebeluşii variază de la uşor de hrănit la dificil de hrănit, chiar de la început. Vor fi multe de spus despre psihologia iniţierii actului hrănirii şi a continuării lui. Asta nu reprezintă în niciun caz o deturnare de la latura somatică a actului hrănirii, care este în continuare studiată în detaliu în cadrul pediatriei. Mai ales pentru studiul acestui subiect sunt necesare cooperarea şi înţelegerea dintre cei care cunosc multe despre latura somatică (implicând fiziologia, anatomia, neurologia, biochimia) şi cei care încep să cunoască câte ceva despre latura psihologică. Ca un exemplu care ar putea fi instructiv pentru psihologul nespecializat în medicină, aş cita tulburarea destul de rară, cunoscută drept „esofag scurt”. Această deformare somatică determină dificultăţi în hrănire şi mai ales o tendinţă la vărsături. Postura afectează simptomatologia. În decursul timpului există tendinţa ca tulburarea să se îndrepte de la sine, aşa încât oricare au fost măsurile luate la momentul respectiv, se consideră că acestea au funcţionat. Ele pot lua forma unor sfaturi cu privire la gestionare sau chiar forma unei psihoterapii a mamei. Cei ce studiază psihologia infantilă nu-şi pot permite să ignore tulburările somatice şi istoricul lor natural, dar, din

fericire, nici nu trebuie să fie atât de competenţi încât să-şi asume total responsabilitatea pentru latura somatică, ce ar trebui împărţită între cele două tipuri de specialişti.

În cadrul tulburărilor de hrănire la copiii mai mari, locul psihologiei devine din ce în ce mai evident. Bebeluşii sunt în mod normal capricioşi, iar faptul că un bebeluş acceptă orice fel de hrană, decent oferită, s-ar putea datora unei boli a bebeluşului. Vom examina ulterior motivele. La cealaltă extremă, un bebeluş de orice vârstă, ca şi un copil mai mare, ar putea deveni atât de activ inhibat faţă de hrănire, încât rezultatul să fie fatal. Iar între capriciul sănătos şi inhibiţia patologică se înscriu toate stadiile intermediare.

Există toate tipurile de amestec între somatic şi psihologic. Un exemplu familiar este cel al copilului cu despicătură labio-palatină congenitală, incapabil să se bucure în mod obişnuit de actul hrănirii şi supus în mod necesar la repetate operaţii şi separări de mamă. Dezvoltarea emoţională a acestui bebeluş va fi afectată, dar nu neapărat până la limita handicapului, deoarece doctorii şi asistentele pot cu uşurinţă să înţeleagă motivele stresului bebeluşului, acest lucru determinându-i să ia măsuri pentru a contracara perturbarea mediului în care se află bebeluşul. Când motivele stresului bebeluşului simt în general recunoscute, doctorii şi asistentele vor putea să facă multe pentru prevenirea bolilor psihologice de tipul celor care debutează în pruncie, fără a fi nevoie să recurgă la cunoştinţe specializate de psihologie.

Aici nu este prea dificil să delimităm somaticul de psihologic. Cu excepţia rarelor cazuri în care aparatul excretor este deformat sau bolnav, o funcţie eliminatorie tulburată este în mod clar o chestiune de conflict emoţional manifestându-se în termeni corporali.

Accidente în vreme ce la un capăt al scalei se află acţiunea purului hazard, la celălalt se află predispoziţia la

accidente, condiţie ce ţine de clasa depresiilor din clasificarea tulburărilor psihiatrice. În mod similar, printre cei abuzaţi, există întotdeauna câţiva care simt nevoia de a fi persecutaţi, iar această nevoie de persecuţie, ce reprezintă baza bolii psihiatrice numită paranoia, poate debuta surprinzător de devreme în pruncie, de fapt aproape imediat după naştere.

Se poate spune despre infecţii că unele depind în întregime de circumstanţele fizice, de exemplu pojarul; un copil care nu a avut pojar îl poate lua de la cineva care se află în perioada de incubaţie a bolii. Pe de altă parte, anumite infecţii simt influenţate de starea emoţională. De exemplu, evoluţia ftiziei poate fi strâns legată de evoluţia fazelor depresive, deşi tipul osteo-articular al tuberculozei nu este astfel influenţat. Se poate spune că, mai ales în vremurile de dinaintea antibioticelor, pneumonia reprezenta un test al voinţei de a trăi şi deci recuperarea depindea într-o foarte mare măsură de îngrijirea primită. Cu mult timp în urmă, surorile medicale obţineau o satisfacţie imensă din succesul lor în îngrijirea pacienţilor cu pneumonie, deoarece ştiau că adeseori salvau vieţi datorită propriului devotament. Asistentele de astăzi pierd mult datorită realităţii vindecării pneumoniei prin metode relativ mecanice.

Aproape toate maladiile somatice se pot încadra în aceste câteva categorii. Este totuşi necesar să le reamintim cititorilor fără cunoştinţe medicale că există maladii ale trupului care sunt într-adevăr somatice şi a căror cauză nu este încă înţeleasă. Un exemplu îl reprezintă „creşterea nouă”[7]. De asemenea, corea şi reumatismul articular acut[8], care se întâlnesc frecvent, au

---

7 Termen general pentru cancer, adică pentru carcinom, sarcom şi probabil limfoadenom şi leucemie.

8 în prezent se cunoaşte cauza reumatismului articular acut, care numără printre simptomele majore şi corea. (N. t.)

cauze necunoscute.

Aceasta nu înseamnă că o maladie va fi considerată de natură psihologică doar pentru că nu este încă clară cauza ei fizică, iar acest lucru este adevărat chiar dacă reumatismul articular acut şi mai ales corea pot uneori să urmeze unui şoc emoţional sau unui stres acut.

Alergăle

Mai dificil de plasat este seria tulburărilor denumite generic „alergii”[9]. Cei entuziasmaţi de alergie, sau hipersensibilitatea ţesuturilor la diverşi agenţi (cum ar fi polenul în febra fânului), susţin că pot explica un mare grup de simptome despre care mulţi alţi observatori ar presupune că sunt în principal psihologice. Unul dintre exemple este astmul. Astmul reprezintă o tulburare a funcţionării corporale care teoretic poate fi cauzată de o sensibilitate pur somatică a musculaturii netede bronşice la substanţa inhalată. Dar un atac de astm poate fi de natură pur psihologică, după cum va fi de acord toată lumea care are un copil cu astm sub observaţie directă – de felul celei care se întâlneşte în cazul psihoterapiei zilnice regulate (ca, de exemplu, în psihanaliză). Astmul reprezintă un bun exemplu de tulburare de graniţă, şi este la fel de necesar să i se reamintească investigatorului psihologic că există o predispoziţie fizică şi că există o relaţie între astm şi eczemele infantile, cum este să i se reamintească doctorului somatician că boala este de natură psihologică.

Alergia se dovedeşte a fi o mare abatere de la principiile de bază, iar utilitatea termenului este vizibilă în principal în domeniul descrierii stărilor clinice. Cercetarea în domeniul alergiei, care părea să creeze o promiţătoare linie de atac împotriva tulburărilor psihosomatice, a dus

---

9 în acest subcapitol, autorul foloseşte termenul de „alergie" cu o conotaţie ironică, referindu-se la întrebuinţarea lui de către cei care sunt încredinţaţi de cauzele pur organice ale sindromului. (N. t.)

mai degrabă către psihologie decât către fiziologie şi biochimie. Nu trebuie uitat faptul că astmul poate fi considerat producător de tulburări psihiatrice, dincolo de problema propriei sale cauzalităţi în fiecare caz în parte, de vreme ce este imposibil ca un copil sau un adult să sufere de astm (oricare ar fi cauză să-l fără să devină adaptat în mod specific acestuia.

EFECTUL PSIHICULUI ASUPRA TRUPULUI ŞI A FUNCŢIONĂRII ACESTUIA

O dezvoltare emoţională sănătoasă furnizează copilului înţelegerea importanţei sănătăţii corporale, după cum şi sănătatea corporală furnizează o reasigurare copilului, care este foarte valoroasă în cadrul dezvoltării emoţionale.

Eforturile şi tensiunile dezvoltării emoţionale normale, precum şi anumite stări anormale ale psihicului au tefecte adverse asupra corpului.

Libertatea pulsiunijor promovează sănătatea corporală, iar de aici reiese că în cadrul unei dezvoltări normale ce implică creşterea controlului asupra pulsiunilor, există multe momente în care corpul trebuie sacrificat, libertatea pulsiunilor fiind în mod normal redusă în procesul de socializare a copilului. Principiul care trebuie reamintit este că, atunci când un conflict din cadrul psihicului este relativ conştient, se poate face faţă pulsiunilor prin autocontrol; se pot face compromisuri între cererile pulsiunilor şi cele ale realităţii externe sau ale societăţii, sau ale conştiinţei, compromisuri care să prejudicieze cât se poate de puţin. Pe de altă parte, atunci când conflictul între impulsuri şi idealul Eului se află în inconştientul refulat, inhibiţiile, anxietăţile şi compulsiile rezultate sunt mai oarbe, mai puţin capabile de adaptare la circumstanţe şi mai vătămătoare pentru corp şi pentru procesele şi funcţiile corporale.

Trupul unui copil este capabil să suporte multe

tensiuni, dar exact aceste tensiuni continuate până în viaţa adultă pot conduce până la urmă la stări somatice ireversibile, cum ar fi hipertensiunea benignă, ulceraţia mucoasei unei anumite porţiuni a tractului digestiv, hiperactivitatea tiroidiană etc.

Ultimele stadii ale acestor schimbări corporale ireversibile ce au fost declanşate de conflictul intra-psihic trebuie tratate de medicul internist, chirurg sau endocrinolog, şi acest lucru este adevărat *chiar şi atunci când* se efectuează cu succes o psihoterapie la o dată atât de târzie. O psihoterapie efectuată cu succes mai devreme ar fi eliminat necesitatea ajutorului medicului internist sau chirurg.

Capitolul 4

Domeniul psihosomatic pecialitatea în cadrul căreia ar trebui să căutăm elucidarea problemelor psihosomaticii este mai degrabă pediatria decât medicină internă. Copiii oferă cel mai bun material pentru studiul modificărilor ţesuturilor şi funcţionării trupului ce simt asociate sau secundare unor fenomene psihologice.

Medicina psihosomatică a devenit o ramură a cercetării şi practicii medicale, una ce este din nefericire separată de toate celelalte trei care se află în strânsă legătură cu ea: psihiatria, medicină generală şi psihanaliza. Motivele acestui lucru sunt asemănătoare celor care au dus la folosirea termenilor „mintal” şi „fizic” ca şi cum ar descrie fenomene opuse. Natura umană nu este o chestiune de minte şi trup – este o chestiune de *psyche* şi *soma* interrelaţionate, cu mintea ca o inflorescenţă la limita funcţionării psihosomatice.

Tulburările continuumului *psyche-sama* reprezintă modificări ale trupului său ale funcţionării trupului asociate cu stări psihice. Aceste modificări sunt cel mai bine studiate în cadrul pediatriei clinice, nu numai deoarece condiţiile sunt mai simple la copii, ci şi pentru că

stările psihice ale adulţilor nu pot fi înţelese în lipsa unei referiri la copilăria subiecţilor investigaţi-Baza psihosomaticii este reprezentată de anatomia vie, care se numeşte fiziologie. Ţesuturile sunt vii şi sunt parte dintr-un organism întreg şi sunt afectate de diversele stări psihice ale acelui organism.

Primele complicaţii ce trebuie studiate sunt reprezentate de acele modificări fiziologice ce ţin de activitate şi odihnă; apoi modificările ţinând de excitaţii locale şi generale, ultimele dintre ele fiind caracterizate de trei faze: de pregătire, punct culminant şi recuperare. În cadrul studiului excitării generale, ţesuturile nu pot fi studiate în afara relaţiei lor cu întregul psihic. O dată ce psihicul în totalitatea lui a fost acceptat, fiziologia se ocupă şi cu modificările specifice dorinţei şi furiei, şi de asemenea iubirii afectuoase, fricii, anxietăţii, suferinţei şi altor afecte ce sunt faţete ale fantasmelor elaborate, fantasme care sunt specifice unui individ.

În cadrul acestui întreg travaliu, cel ce studiază continuumul *psyche-sama* este preocupat de fantasmele conştiente şi inconştiente care reprezintă, ca să spunem aşa, histologia psihicului, elaborarea imaginară a întregii funcţionări somatice ce este specifică unui individ. Dacă două persoane mişcă un deget, pentru anatomist şi fiziologist există o similitudine esenţială între cele două evenimente. Însă pentru cel ce studiază continuumul *psyche-sama*, la anatomia şi fiziologia acţiunii trebuie adăugat înţelesul acţiunii pentru individ şi, datorită acestui lucru, în fiecare caz mişcatul din deget este specific individului ce mişcă din deget.

Prin urmare, există un punct de la care fiziologia alunecă încet înspre psihosomatică, ce include fiziologia modificărilor somatice asociate cu eforturile şi tensiunile psihicului. În primul rând, există controlul inerent procesului de socializare, iar apoi există controlul şi

inhibiţiile patologice şi asociate cu refularea şi conflictele inconştiente din cadrul psihicului.

În cele din urmă, în cadrul psihosomaticii nu putem asuma o legătură strânsă între *psyche* şi *soma*; psihosomatică trebuie să ia în considerare stările frecvente, cât şi importante în care relaţia dintre *psyche* şi *soma* este slăbită sau pierdută.

Un studiu detaliat al pediatriei psihosomatice nu se va putea realiza decât după expunerea completă a dezvoltării emoţionale a individului uman.

Se va observa că, pentru a înţelege aceste tulburări care formează într-adevăr un grup clinic real, deşi foarte larg, trebuie atinse toate tipurile şi gradele de tulburare psihologică şi trebuie incluse conflictele interioare inerente în viaţă, inerente în gestionarea pulsiunilor şi în compromisul personal cu impulsurile ce ţine de socializarea treptată a fiecărui individ uman.

În cazul indivizilor sănătoşi, există două curente principale în pediatria psihosomatică: sănătatea somatică – efectul său asupra funcţionării şi dezvoltării psihicului; sănătatea psihică – efectul său asupra dezvoltării şi funcţionării somatice.

În cazul sănătăţii imperfecte există, de asemenea, două curente: sănătatea imperfectă somatică-efectul său asupra dezvoltării psihicului; sănătatea imperfectă psihică-efectul său asupra dezvoltării somatice.

Înţelegerea acestor lucruri provine din studiul dezvoltării persoanei sănătoase din punct de vedere fizic, deoarece doar presupunând *absenţa maladiilor somatice* poate fi efectuat un studiu atât de complex. Dacă se presupune absenţa bolilor principale ale trupului, atunci se poate examina întreţeserea treptată a corpului şi psihicului unei persoane şi se pot formula anumite principii fundamentale.

S-a observat că dezvoltarea emoţională este în mod

normal dureroasă şi punctată de conflict: trupul trebuie să sufere din cauza acestor lucruri, cu toate că nu există nicio boală care să fie în principal somatică.[10] Astfel, studiul tulburărilor psihosomatice trebuie să se facă prin intermediul psihologiei şi al observării efectelor problemelor psihice asupra părţii somatice a individului. Trebuie ca lucrurile să se petreacă în acest fel. Medicilor nu le place acest lucru. Lor le-ar plăcea să poată aplica cunoştinţele lor despre bolile trupului în mod direct în cazul tulburărilor psihosomatice. Dar acest lucru nu se poate. Calea naturală este studiul tulburărilor psihosomatice la copilul (sau adultul) care nu are nicio boală somatică sau limitare fizică. Doar mai târziu, după ce principiile au fost înţelese, poate apărea înţelegerea bolilor trupului şi a efectului lor asupra psihicului. Se poate observa că medicina somatică este un teritoriu cu graniţe ce sunt menţinute în mod artificial pentru a limita obligaţiile medicului. Medicina somatică alunecă în mod natural înspre psihosomatică.

Partea psihică a unei persoane se ocupă cu relaţiile, relaţiile dinăuntrul psihicului însuşi, relaţiile cu trupul, cu lumea externă. Născându-se din ceea ce ar putea fi numit elaborarea imaginară a funcţiilor de tot felul ale trupului şi acumularea amintirilor, psihicul (în mod specific dependent de funcţionarea creierului) leagă trecutul trăit, prezentul şi viitorul aşteptat la un loc, dă sens sentimentului de sine al persoanei şi justifică percepţia noastră a unui individ care există în acel trup.

Psihicul, dezvoltându-se astfel, devine ceva ce are o poziţie pornind de la care poate întreţine relaţii cu realitatea externă, devine ceva ce posedă capacitatea de a

---

10 Notă pentru revizie: asigură-te de punctul de vedere: tulburarea psihosomatică cu sensul ei pozitiv de contracarare a fugii în intelect Xstări de depersonalizare.

crea şi de a percepe realitatea externă, devine o fiinţă îmbogăţită din punct de vedere calitativ, capabilă să fie mai mult decât ceea ce poate fi explicat prin intermediul influenţelor mediului, şi capabilă nu numai să se adapteze, dar şi să refuze să se adapteze, şi devine o creatură înzestrată cu ceea ce pare a fi capacitatea de alegere.

Nimic din toate acestea nu apare automat ca fenomen de creştere. Există, într-adevăr, un element inerent de creştere, dar dependenţa timpurie de un mediu adaptabil este atât de mare, încât acest factor de creştere devine depăşit. În ceea ce priveşte dezvoltarea trupului, factorul de creştere este mai clar; în contrast, în dezvoltarea psihicului există oricând posibilitatea eşecului şi, într-adevăr, nu poate exista creştere fără distorsiuni datorate într-o anumită măsură eşecului adaptării la mediu.

Dezvoltarea psihosomatică este o achiziţie treptată şi îşi are propria viteză, iar dacă termenului de „maturitate” îi este permisă o referinţă la vârstă, atunci maturitatea este sănătate şi sănătatea este maturitate. Întregul proces al dezvoltării trebuie parcurs până la capăt, fiecare pauză său salt în dezvoltare reprezintă o distorsiune, iar o grabă aici sau o întârziere acolofiecare dintre ele lasă o cicatrice.

Mai mult decât atât, nu este nimic de câştigat din disputa asupra momentului în care debutează pediatria psihosomatică sau natura umană însăşi. Singurul moment sigur este cel al concepţiei. Data naşterii este evident de avut în vedere, dar multe lucruri s-au petrecut dinainte, mai ales în cazul bebeluşului postmatur, iar la naştere există deja o individualitate care este atât de evidentă, încât în cazul gemenilor identici, asistentele cu experienţă sunt imediat conştiente de similaritatea excepţională. La sfârşitul a două săptămâni, oricărui copil i s-au întâmplat o mulţime de lucruri care sunt în întregime personale. La vârsta la care o adopţie devine relativ uşor de aranjat,

fiecare copil a fost atât de marcat de experienţe reale, încât părinţii adoptivi au o problemă de gestionare care este în mod esenţial diferită de cea pe care ar fi avut-o dacă bebeluşul ar fi fost al lor şi s-ar fi aflat în grija lor de la început.

Partea a II-a

DEZVOLTAREA EMOŢIONALĂ A FIINŢEI UMANE

9

Introducere

„Înt xaminarea preliminară a domeniului pediatriei psihosomatice nu a făcut decât să arate necesitatea înţe – JLJ – legeni dezvoltării emoţionale a individului. Pe latura somatică, pediatrul bazează totul pe anatomie şi fiziologie, iar pe latura psihică trebuie să existe o disciplină echivalentă. Nu psihologia academică furnizează răspunsul. Singurul răspuns este reprezentat de psihologia dinamică sau, cu alte cuvinte, de psihanaliză.

Acum va fi necesar să examinăm dezvoltarea continuumului *psychesam* care, dacă mintea funcţioneaiză, devine treptat o persoană individuală conştientă de sine, o persoană nu numai aflată în relaţie cu mediul înconjurător, ci care în cele din urmă ia parte la menţinerea şi recrearea acestui mediu. Vom presupune absenţa bolilor în principal somatice, până într-un moment apropiat de final, când vom considera că includerea acestei complicaţii suplimentare este potrivită.

Vom presupune, de asemenea, existenţa unui ţesut cerebral mediu înzestrat, de vreme ce deficitul mintal şi idioţia sunt defecte somatice cu trăsături psihologice secundare. În mod deliberat, pentru moment, mintea nu este luată în considerare, decât în măsura în care reprezintă ceea ce eu am numit o inflorescenţă la limita continuumului *psyche-sama*.

Ar fi logic să descriu fiinţa umană aflată în dezvoltare începând cu momentul conceperii, trecând treptat prin

viaţa intrauterină, naştere, stadiile primitive şi mai puţin primitive ale creşterii emoţionale, trecând în revistă copilul între 3 şi 5 ani, copilul în perioada de latenţă şi adolescentul, şi ajungând în cele din urmă la adultul matur care este gata să-şi asume un loc în lume, şi care îmbătrâneşte şi astfel moare.

Însă am ales să încep cu perioada primei maturităţi, cu copilul preşcolar din perioada târzie în care relaţiile interpersonale au ajuns să aibă înţeles deplin, şi am ales aşa deoarece pot să consider ca fiind de la sine înţeles că cititorul să fie oarecum familiarizat cu opera lui Freud, ce urmăreşte originea bolii nevrotice a adulţilor până la conflictele ce iau naştere în individ în timpul acestei perioade.

De la o descriere a psihologiei dinamice a copilăriei timpurii, o voi lua în direcţie inversă, intrând din ce în ce mai adânc în necunoscutul celor mai timpurii momente în care termenul „fiinţă umană” poate fi aplicat fătului din uter. Apoi va fi posibil să înaintez şi să examinez trăsăturile speciale ale perioadei de latenţă şi ale adolescenţei.

Prezentarea mea a psihologiei dinamice va fi deci restructurată în următorul mod:

(a) Relaţiile interpersonale şi complicaţiile respective.

(b) Atingerea unităţii personale şi capacitatea de îngrijorare.

(e) Sarcinile primitive ale

(1) Integrării sinelui.

(2) Unui *modus vivendi* psihosomatic.

(3) Contactului cu realitatea prin intermediul iluziei.

Cititorul este rugat să-şi amintească, în timp ce citeşte una dintre părţile descrierii mele, că celelalte părţi sunt în mod deliberat excluse, dar nu uitate. Limbajul potrivit pentru o parte este nepotrivit pentru celelalte.

Este o procedură foarte artificială această disecare şi

separare a stadiilor dezvoltării. În reeditate, copilul uman se află tot timpul în toate stadiile, chiar dacă se poate spune că predomină unul dintre ele. Sarcinile primitive nu sunt niciodată complet rezolvate şi, de-a lungul întregii copilării, incompletitudinea lor prezintă o provocare părintelui şi educatorului, deşi iniţial ele aparţin domeniului îngrijirii bebeluşului. În mod similar, greutăţile ce se ivesc în psihic la trecerea de la neîndurare la îngrijorare şi când apare capacitatea de a unifica trecutul, prezentul şi viitorul de asemenea îi interesează într-o măsură mare pe părinţii şi educatorii copiilor de toate vârstele, deşi iniţial ele sunt de domeniul celor care îngrijesc bebeluşul care este pe punctul de a deveni gata de a fi „înţărcat”, de a fi capabil să facă faţă unei pierderi fără să piardă în întregime ceea ce este (doar într-un sens) pierdut.

În mod destul de curios, aceste probleme ale debutului timpuriu sunt cele care îl interesează în măsura cea mai mare pe cititorul unei cărţi de psihologie, mai degrabă decât subiectul primei mele secţiuni. Problemele ulterioare ale unui copil mai matur, care a atins complicaţiile şi bogăţiile relaţiilor interpersonale, sunt prin chiar natura lor mai mult o chestiune de îngrijorare particulară pentru fiecare copil şi sunt din ce în ce mai puţin (pe măsură ce copilul creşte) parte a dependenţei lui. Este înnebunitor, şi nu este util deloc, să i se spună unui părinte sau unui educator (deşi în mod foarte corect) că un anumit simptom al copilului este o chestiune de refulare, că motivul tulburării nevrotice este unul care inerent rezidă în inconştient şi că singurul lucru care poate fi făcut este să-i ofere copilului o psihoterapie (care, în orice caz, nu este probabil disponibilă sau este prea scumpă).

Ceea ce îi face pe părinţi şi profesori să fie iritaţi de adevărurile formulate în termenii complexului oedipian nu este doar o „rezistenţă”. Aceste realităţi (ce ţin în principal

de prima secţiune a descrierii mele) tind să-i facă pe oameni să se simtă neajutoraţi. Ce pot ei să facă? Prin comparaţie, nevoile unui copil rămase din pruncie îi confruntă pe părinţi şi pe profesori cu probleme pe care le pot trata chiar ei, punând accent pe unul sau pe altul dintre aspectele obişnuite ale îngrijirii şi educării unui copil.

Cu toate acestea, vom admite că o înţelegere a proceselor ce se desfăşoară înăuntrul unui copil de 4 ani poate fi utilă chiar şi atunci când nicio acţiune din partea adultului responsabil pentru copil nu poate trata un simptom manifest. Înţelegerea copilului uman este deficitară dacă se limitează la graniţele sarcinilor şi nevoilor infantile. Cu siguranţă este important pentru un copil aflat în focurile complexului Oedip să fie înţeles, chiar dacă o asemenea înţelegere duce mai degrabă la simpatie decât la o acţiune utilă.

Capitolul!

Relaţii interpersonale

„Ip riina parte a acestui studiu de psihologie umană, aceea care se ocupă cu JL relaţiile interpersonale, derivă direct din travaliul bine cunoscut al ultimilor cincizeci de ani, ce a avut drept fundament tratamentul nevrozelor. Ideile sunt aproape în întregime derivate de la Freud sau de la aceia ce i-au aplicat metoda pe care el a numit-o psihanaliză. Tot ce am de spus a fost deja afirmat în cadrul vastei literaturi acum accesibile; cu toate acestea, nu pot să evit să fac o expunere folosind propriul meu limbaj, astfel încât cititorul să poată avea îtvtreg subiectul trecut în revistă de o singură persoană.

Aceasta este partea teoriei psihanalitice ce începe să fie considerată ca fiind de la sine-înţeleasă de către toţi analiştii; aceasta este ceea ce le permite analiştilor de opinii larg divergente asupra dezvoltărilor moderne ale teoriei şi practicii să se simtă uniţi în mod fundamental,

astfel încât Institutul de Psihanaliză, format aşa cum este din toţi psihanaliştii, să poată pregăti şi efectuă o schemă de formare şi să poată oferi o calificare de a practica în această ţară. Există această bază a teoriei ce poate fi predată studenţilor înainte să le fie introduse chestiuni care sunt în mod mai clar probleme de cercetare.

Aproape toate aspectele relaţiilor între persoane întregi au fost atinse de însuşi Freud şi de fapt în prezent este foarte dificil să se mai aducă contribuţii la acest subiect, cu excepţia unor noi descrieri a ceea ce este deja acceptat. Freud a făcut treaba neplăcută pentru noi, arătând realitatea şi forţa inconştientului, ajungând până la durerea, angoasă, conflictul care în mod invariabil stau la rădăcina formării de simptom, evidenţiind de asemenea, chiar cu aroganţă dacă era necesar, importanţa pulsiunii şi semnificaţia sexualităţii infantile. Orice teorie ce neagă sau nu ia în considerare aceste chestiuni nu este de niciun ajutor.

Ideea copilului aflat în dezvoltare domină – şi pe drept cuvânt – predarea psihologiei infantile, ideea dezvoltării emoţionale îngemănate cu creşterea corporală. Datorită acestui fapt, nu este niciodată profitabil să se studieze o *stare de fapt* în domeniul psihologiei; ca şi în domeniul istoriei, starea de fapt din oricare moment are un trecut şi un viitor ce ţin de ea. Aceasta este o observaţie de importanţă fundamentală şi, urmând acest principiu, psihanaliştii s-au eliberat din cătuşele psihologiei academice şi ale psihiatriei de spital de boli mintale şi de medicină generală.

Descrierea actuală a psihologiei copilului mic consideră ca fiind de la sine înţeleasă dezvoltarea sănătoasă anterior momentului în care se poate spune: acest copil este acum o fiinţă umană întreagă, aflată în relaţie cu fiinţe umane întregi. Ştim că este oarecum artificial să considerăm atât de multe lucruri ca fiind de la

sine înţelese. Ştim, de asemenea, că nu există niciun moment delimitat în timp la care să se aplice brusc o asemenea descriere. Orice stadiu în dezvoltare este atins şi pierdut şi atins şi pierdut de foarte multe ori; achiziţia unui anumit stadiu în dezvoltare doar treptat devine realitate, şi doar în anumite condiţii. Aceste condiţii devin treptat tot mai puţin importante, dar nu vor deveni probabil niciodată neglijabile. Dar este necesar să se lucreze cu această presupunere a succesului anterior în dezvoltare. Complexitatea trebuie să ia naştere din simplitate.

Pretenţia că un copil sănătos poate fi complet înţeles pe baza studiului nevrozei şi a originii acesteia în copilărie ar fi absurdă. Dar pretenţia conform căreia o bună modalitate de a studia copilul sănătos, *presupunând existenţa unei dezvoltări infantile sănătoase*, ar fi prin intermediul înţelegerii formării de simptom de tip nevrotic, nu ar mai fi atât de absurdă. Motivul este acela că apărările organizate din nevroză arată calea către anxietatea care nu numai că stă la baza simptomului nevrotic, ci, de asemenea, conferă forţă şi calitate manifestărilor sănătăţii.

În cadrul analizei adulţilor, originea simptomelor nevrotice poate fi în mod regulat urmărită până în momentul eforturilor şi tensiunilor din perioada premergătoare latenţei, atunci când adultul era un copil între 2 şi 5 ani. Ne îndreptăm atenţia, aşadar, asupra copilului de această vârstă, pentru a avea o primă imagine despre ceea ce se petrece în cursul dezvoltării emoţionale.

Un argument în termeni de extreme teoretice poate fi folosit împotriva acestei metode de abordare. La una dintre extreme se află o pruncie perfectă, care reprezintă bază pentru o copilărie perfectă, fără nicio tulburare nevrotică. La cealaltă extremă se află o pruncie denaturată, denaturarea făcând imposibilă creşterea

normală sau sănătoasă în toate stadiile ulterioare. Se poate pune întrebarea: atunci unde se află copilul care construieşte apărări de calitate nevrotică? Între extreme, şi în mod frecvent, găsim copii mici relativ sănătoşi având o oarecare predispoziţie către boala nevrotică ce poate fi ţinută în şah printr-o gestionare potrivită şi, de asemenea, copii mici cu o predispoziţie destul de puternică spre boala nevrotică şi care cu siguranţă nu vor scăpa fără vreo formare de simptom dar care, cu toate acestea, vor trece drept sănătoşi. Aceştia din urmă sunt cu deosebire dependenţi de un mediu emoţional continuu stabil. Ar trebui adăugat că între aceştia din urmă şi copiii din categoria etichetată „psihotic” se află acei copii care prezintă o boală în mod înşelător de tip nevrotic dar care, sub tratament, dezvăluie o tulburare atât de fundamentală a dezvoltării emoţionale infantile, încât termenul „psihoză” este treptat găsit a fi mai potrivit.

Pruncie	2 – 5 ani
1. Pruncia perfectă	face ca tulburarea nevrotică în acest stadiu să fie improbabilă
2. Pruncia imperfectă	oferă o bază pentru anxietate nevrotică
3. Dezvoltare timpurie denaturată	face ca tulburarea nevrotică să fie probabilă
4. Dezvoltare timpurie denaturată	suprapunere nevrotică de calitate psihotică ce este dezvăluită în cursul psihoterapiei sau în perioade de „cădere nervoasă”.
5.	oferă insuficientă

Dezvoltare timpurie denaturată	sănătate în acest stadiu pentru dezvoltarea unei boli de calitate nevrotică, adică psihoza infantilă este deja realitate

Se va înţelege că factorii ereditari joacă un rol în toată această clasificare şi tulbură şi deformează orice lucru bun care s-ar fi putut strecura.

Bebeluşul relativ sănătos (matur în conformitate cu vârsta) trece în stadiul fiinţării ca persoană întreagă care este conştientă atât de sine, cât şi de alte persoane. În viaţa de zi cu zi a unui astfel de copil, există o cantitate enormă ce acum trebuie ignorată deoarece aparţine persistenţei prunciei (din oricare stadiu şi, în acelaşi timp, toate stadiile) şi deci nu se află în discuţie.

Familia Atingerea de către copil a unui stadiu al dezvoltării în care el poate fi complet conştient de existenţa a trei persoane în acelaşi timp, cea proprie şi altele două, este pregătită în cadrul celor mai multe culturi prin asigurarea cadrului familial. În familie, copilul poate să treacă pas cu pas de la relaţia între trei corpuri la relaţii de toate gradele de complexitate. În acest simplu triunghi se regăsesc dificultăţile şi toată bogăţia experienţei umane. În cadrul familial, cei doi părinţi pot asigura şi continuitatea în timp, poate chiar continuitatea de la concepţia copilului până la sfârşitul dependenţei, ce caracterizează sfârşitul adolescenţei.

PULSIUNEA Cheia unei copilării timpurii sănătoase (cu rezervele care au fost exprimate cu privire la reziduurile infantile importante) este reprezentată de PULSIUNE. Din acest motiv, este necesar un studiu amănunţit al pulsiunilor şi al dezvoltării lor.

„Pulsiune” este termenul dat puternicelor tendinţe biologice care apar şi dispar în viaţa bebeluşului sau copilului şi care cer acţiune. Activarea pulsiunilor îl face pe copil, ca pe orice alt animal, să se pregătească pentru satisfacerea pulsiunilor dezlănţuite atunci când acestea vor atinge în cele din urmă un apogeu al cererii. Dacă se poate furniza satisfacţie la apogeul cererii, atunci va urma o recompensă de plăcere şi, de asemenea, o eliberare temporară de pulsiune. Satisfacţia incompletă sau prost sincronizată duce la eliberare incompletă, disconfort şi la absenţa atât de necesarei perioade de odihnă dintre valurile de cerere.

În această descriere, nu există o mare diferenţă în funcţie de tipul cererii pulsionale şi nicio mare diferenţă între fiinţele umane şi animale. Nu este necesar aici să intrăm într-o discuţie despre clasificarea pulsiunilor, nu este necesar nici măcar să decidem dacă există doar o pulsiune sau dacă sunt două sau poate o mulţime de pulsiuni. Toate acestea sunt irelevante.

La bebeluşul şi copilul uman există o elaborare imaginară a tuturor funcţiilor corporale (considerându-se dat un creier funcţional), iar acest lucru este mult mai adevărat pentru copii decât pentru cele mai interesante animale, aşa încât nu este *niciodată* sigur să extrapolezi un argument din psihologia animală în cea umană. Din acest motiv, dacă nu este foarte atent aplicată consideraţiilor despre problemele umane, psihologia animală conduce de fapt pe căi greşite.

În ceea ce priveşte excitaţia pulsională este esenţial să ţinem seamă de funcţia corporală cel mai puternic implicată. Partea excitată poate fi gura, anusul, tractul urinar, pielea, o parte sau alta a organelor genitale feminine, membrana mucoasă nazală, aparatul respirator, sau musculatura în general, sau zonele inghinale sau subsuorile care se gâdilă atât de uşor.

Excitaţia poate fi locală sau generală, iar despre excitaţia generală se poate spune atât că contribuie la sentimentul copilului de a fi o fiinţă întreagă, cât şi că depinde de achiziţia integrării în cursul dezvoltării.

Un anumit tip de punct culminant poate fi atins aproape oriunde, dar el e atins mai ales în anumite părţi.

S-a descoperit că anumite organizări ale excitaţiei sunt dominante, iar elaborarea imaginară a tuturor excitaţiilor tinde să se petreacă în termenii tipului dominant de pulsiune. Este destul de evident că, pentru un bebeluş, aparatul de ingestie este dominant, iar *erotismul oral* colorat de idei de tip oral este în general acceptat drept caracteristic pentru primul stadiu al dezvoltării pulsiunilor.

(Trebuie reamintit că toate celelalte lucruri care ar putea fi spuse despre bebeluşi nu sunt spuse în acest stadiu în urma unei decizii deliberate, în scopul clarităţii prezentării.)

Există o progresie a tipului pulsional de-a lungul primei copilării, culminând cu dominanţa excitării genitale erotice şi cu fantasmele care caracterizează copilul între 3 şi 5 ani care s-a dezvoltat complet la toate nivelurile infantile. Între primul stadiu, sau cel oral, şi ultimul, sau cel genital, există experimentarea variabilă a celorlalte funcţii şi dezvoltarea de fantasme potrivite. Funcţiile anală sau uretrală, împreună cu fantasmele potrivite, pot domina în mod tranziţional sau pot ajunge să domine în mod permanent, astfel predeterminând un tip caracterial.

Există o progresie a dominanţei pulsionale în ordinea funcţiilor implicate şi, de asemenea, în funcţie de fantasme: Pregenital Falie Genital în primul rând există bebeluşul care posedă tot felul de excitaţii, şi probabil şi excitaţie genitală localizată, dar încă neînsoţită de fantasme de calitate genitală. În acest stadiu, masculinul şi femininul nu simt neapărat diferite.

În al doilea rând, există un stadiu intermediar în care organele genitale masculine, cu erecţia şi sensibilizarea lor periodică, reprezintă tema centrală. În acest stadiu, starea feminină este o chestiune negativă, iar existenţa acestui stadiu marchează despărţirea drumurilor între bebeluşul-băiat şi bebeluşul-fată.

În al treilea rând, există stadiul genital, în care fantasmele s-au îmbogăţit până la a include tot ceea ce la adolescenţă reapare ca acţiune masculină sau feminină (penetrare, a fi penetrat; impregnare, a fi impregnat; etc.).

La un moment dat, s-a crezut că această idee a progresiei de la pregenital la falie şi genital ar putea fi aplicată (şi) stadiilor timpurii, astfel încât stadiul pregenital la rândul lui a fost divizat:

pregenital oral oral erotic (a suge) oral sadic (a muşca)

anal anal erotic (defecare) anal sadic (control)

cu uretral erotic sau sadic „ca alternativă variabilă

S-a încercat chiar o şi mai amănunţită divizare a stadiilor (Abraham). Ar fi cu siguranţă lipsit de înţelepciune să dăm la o parte cu totul această muncă în domeniul teoriei vieţii pulsionale infantile. Cu toate acestea, este necesar acum să iau în considerare esenţa lucrărilor recente asupra acestei părţi a teoriei, în pofida faptului că, pentru moment, exclud în mod deliberat alte moduri de prezentare.

Obiecţiile se prezintă după cum urmează:

(1) Afirmaţia că fantasmele activităţii orale sunt la început erotice (adică fără sadism sau preambivalente) şi apoi sadice, distructive şi, ca să spunem aşa, ambivalenţe, nu este deloc sigură. Este mai indicat să spui că bebeluşul este cel care se schimbă, începând ca fiind neîndurător, iar apoi devenind îngrijorat. Ambivalenţa are legătură mai degrabă cu schimbările din cadrul Eului bebeluşului decât cu dezvoltarea Seului (sau a pulsiunilor).

(2) Stadiul anal este extrem de variabil şi deci poate primi cu greu un statut echivalent cu acela al stadiilor oral său genital. De exemplu, pentru un bebeluş, experienţa anală este una erotică, asociată cu defecarea în momentul excitant; pentru un alt bebeluş, în experienţa receptivă anală există erotism oral deplasat, probabil prin intermediul manipulării anale; pentru un altul, elementul principal este reprezentat de control, fie datorită procesului de învăţare cu oliţa, fie datorită durerii anale (o fisură), fie datorită privaţiunilor (pierderea locului potrivit pentru defecare).

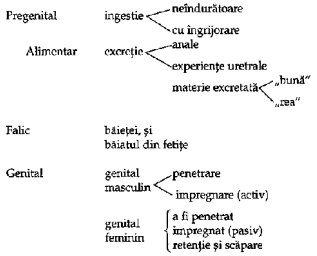
(3) Experienţele anale, ca şi cele uretrale, sunt dominate de ideea excretării de materii; iar aceste materii au o preistorie; au fost înăuntru şi au fost la origini un produs secundar al experienţei orale. Deci experienţa anală (şi uretrală) reprezintă mult mai mult decât un stadiu al creşterii Seului, mai ales în măsura în care nu poate fi clasificat şi determinat din punct de vedere temporal cu exactitate. Cu toate acestea, este destul de adevărat că în cadrul clasificării creşterii Seului etichetată ca „pregenitală”, calitatea orală precedă diversele calităţi anale (şi uretrale).

Erotismul de la nivelul pielii nu poate fi încadrat în această schemă, de vreme ce este parţial o răspândire a experienţelor orale, anale şi uretrale, iar supra-accentuarea pielii implică un stres negativ la nivelul Eului, fapt ce nu se află în discuţie în această parte a expunerii mele.

Cititorul trebuie să-şi formeze o opinie personală în privinţa acestor chestiuni, după ce învaţă cât mai mult din ceea ce se predă într-o manieră „istorică”, pentru că acesta este singurul mod în care teoria unei anumite perioade devine inteligibilă şi interesantă.

Eu personal prefer următoarea schemă folositoare, care totuşi nu rămâne la obiect, dat fiind că merge dincolo

de creşterea Seului până la dezvoltarea Eului.



Se va observa că partea feminină din natura umană solicită stadiul pregenital într-un mod în care partea masculină nu trebuie s-o facă în fazele experienţei genitale mature.

Există ceva inerent nesatisfăcător în această încercare de a clasifica pulsiunile pregenitale. Acest lucru se datorează faptului că încercăm să privim pruncia prin prisma stadiului dintre 3 şi 5 ani, şi nu să privim bebeluşul. Dar pentru moment facem acest lucru intenţionat. Încercăm same menţinem în limitele sarcinii de a examina copilul între 3 şi 5 ani care a depăşit pruncia într-un mod sănătos şi care acum este preocupat cu experienţe pulsionale de tip genital, notând că tipul genital de pulsiune se dezvoltă din pregenital şi că manifestă urme ale moştenirii sale în cadrul unei dezvoltări sănătoase şi deformări legate de această moştenire în cadrul sănătăţii imperfecte.

În privinţa elaborării imaginare a funcţiilor genitale, continuarea importanţei stadiului pregenital se manifestă de la sine; cu toate acestea probabil este posibil să oferim o distincţie netă între fantasmele experienţelor falice şi respectiv genitale la băiat (şi în ceea ce priveşte băiatul din fete). În prima fază, realitatea erecţiei este ceea ce este important, ideea fiind că aici există ceva important şi a cărui pierdere ar fi teribilă. Erecţia şi sensibilizarea apar fie în relaţie directă cu o persoană iubită în mod activ, fie

odată cu ideile de rivalitate, persoana iubită fiind în fundal. În al doilea stadiu falie există un ţel mai evident de penetrare şi impregnare, iar aici este probabil ca o persoană reală să fie obiectul iubirii. În ce măsură această persoană este văzută obiectiv este o altă chestiune care va trebui discutată mai târziu.

Se va observa că, în cadrul fazei falice, manifestarea (ostentativă a) copilului este în linia fantasmelor, în timp ce în cadrul fazei genitale, manifestarea copilului este deficitară, iar copilul trebuie să aştepte (până la pubertate, după cum ştim) capacitatea de a transpune visele în fapte. Aceasta este o deosebire importantă, de vreme ce implică faptul că, în faza genitală, Eul copilului este capabil să facă faţă unei imense cantităţi de frustrare. Frica de castrare de către tatăl rival devine binevenită ca alternativă la agonia impotenţei.

Se va vedea îndată că faza genitală adună în ea multe din faza pregenitală şi, de asemenea, multe altele care nu pot fi descrise în termenii adoptaţi în mod deliberat pentru moment. Dar aici realitatea importantă este cea a erecţiei apărând ca parte a unei relaţii şi având asociate cu ea idei de producere de schimbări ireversibile în corpul persoanei iubite.

Această dezvoltare a ideilor unui copil mic despre vagin este foarte afectată de către modelele culturale. Ideea unui băieţel despre vagin este conferită de către propriile dorinţe orale (şi anale) şi, de asemenea, de către ceva corespunzând exact senzaţiilor şi nevoilor vaginale, pentru care o dorinţă corespunzătoare pare să existe la băieţi, deşi deschizătura propriu-zisă este absentă.

În cazul fetiţelor, există o tendinţă mai puternică spre pregenital decât în cazul băieţilor, în timp ce faza genitală completă şi sarcina şi capacitatea de alăptare la sân simt pentru moment nişte chestiuni din viitorul îndepărtat, cu excepţia perioadelor de vis şi joc. Acest lucru este asociat

cu capacitatea de identificare cu mama şi cu femeia, iar în cadrul culturilor care alimentează de timpuriu această capacitate de identificare (prin lăsatul pe vine şi aşa mai departe) „băiatul din fetiţe” poate părea absent. Dar masculinul din feminin este întotdeauna prezent şi important, iar rezultatul este o secvenţă de idei care ar putea fi puse în cuvinte după cum urmează:

Am un penis. Bineînţeles că o să-mi crească un penis. Am avut un penis, sunt traumatizată (pedeapsă pentru excitaţie). O să folosesc un penis prin procură, lăsând un bărbat să acţioneze pentru mine. O să-l las pe bărbat să mă folosească. În acest fel o să obţin producerea unui deficit, dar o să recunosc dependenţa de bărbat pentru a mă simţi completă.[11] Astfel voi descoperi adevăratul meu stadiu genital feminin.

În acest fel fetiţa poate ajunge, în adolescenţă sau în viaţa adultă, să fie capabilă a fi o femeie, dar acest drum este unul precar şi oferă multe posibilităţi pentru dezvoltarea unor înclinaţii homosexuale etc. Prin acest fel de a descrie sexualitatea feminină, se poate observa că există destul loc pentru nefericire şi nemulţumire la fetiţe, care pur şi simplu se simt inferioare atunci când frăţiorii lor se dau mari şi care încearcă să compenseze această inferioritate folosindu-şi întregul lor corp ca reprezentant al falusului sau percepând în păpuşă mai degrabă un falus decât un bebeluş.[12] Totuşi toate soluţiile care consideră de la sine înţeleasă pierderea penisului la femeie sau supremaţia bărbatului doar datorită falusului său sunt instabile.

Cultura noastră tinde să alimenteze această credinţă mai ales prin faptul de a nu da un nume şi o importanţă

---

11 în cadrul fazei falice, băiatul este complet, iar în cadrul fazei genitale, este dependent de femeie pentru a se simţi complet.

12 Notă pentru revizie: a se descrie invidia masculină de feminin corespunzătoare.

specifice gurii genitale a fetiţei. Nu există niciun cuvânt englezesc într-adevăr pentru organele genitale masculine, dar există nenumăraţi termeni în uzul comun din creşe.[13] Cu toate acestea, în creşă nu există în mod uzual nicio recunoaştere verbală a vaginului.

Identificarea imaginară cu un bărbat îmbogăţeşte aprecierea de către fată a funcţiei masculine şi în cele din urmă întăreşte relaţia ei personală cu bărbatul ales.

Cu siguranţă, recunoaşterea completă a invidiei de penis este necesară în analiza nevrozei la femeie. Poate fi dificil de ajuns la invidia de penis, mai ales la locul unde operează cel mai puternic. Poate fi cel mai dificil în cazul unei femei care nu conştientizează deloc invidia de penis la începutul tratamentului şi care are o sexualitate feminină puternic dezvoltată, bazată pe funcţionarea genitală feminină, care probabil că deja i-a permis să fie o soţie satisfăcătoare şi să aibă familie şi copii şi poate chiar nepoţi.

Invidia de penis ca impuls puternic în viaţa femeilor nu poate fi ignorată, dar în pofida acestui lucru există fără îndoială o sexualitate şi fantasme feminine fundamentale care debutează foarte devreme în copilărie. Vaginul probabil devine activ şi excitabil în asociere cu hrănirea în timpul prunciei şi cu experienţele anale, şi adevărata funcţionare genitală feminină tinde să fie ascunsă, chiar secretă. Uneori elementul de erotism genital devine exagerat (ca de exemplu în masturbarea compulsivă care poate fi asociată cu privarea afectivă încă de la o vârstă foarte fragedă, producând chiar o hipertrofie marcată a vulvei), dar în mod obişnuit fantasmele sunt de colectare şi secret şi ascundere. În termeni anali, despărţirea de fecale

---

13 Totuşi ar fi eronat să ne gândim că acest lucru nu reprezintă mai mult decât o nevroză culturală. O cultură în care fetiţei i se permite să cunoască funcţia femeii de foarte timpuriu nu este din această cauză neapărat cel mai bun lucru pentru fetiţă.

este întâmpinată cu aversiune, iar în termeni urinari, există o tendinţă la retenţie; dar în termeni genitali, ideile îşi găsesc cea mai completă exprimare prin identificarea cu mama sau cu fete mai mari care simt capabile să experimenteze şi să conceapă. Jocul fetiţei, în măsura în care este cu adevărat feminină, dovedeşte o tendinţă spre a fi mamă, iar funcţionarea genitală propriu-zisă nu iese atât de mult în evidenţă că cea masculină (atât în cazul băieţeilor, cât şi al fetiţelor). Pe de altă parte, în visele sau jocurile masculine există mai multă durere decât există în cele feminine.

Jocul: „Poţi să ţii un secret?” aparţine în mod caracteristic laturii feminine a naturii umane, după cum luptă şi împinsul lucrurilor în găuri aparţine laturii masculine. O fată nu poate rămâne însărcinată decât dacă poate ţine un secret. Un băiat nu poate impregna deliberat decât dacă poate lupta sau împinge un tren printr-un tunel. În jocurile copiilor mici putem întrezări elaborarea imaginară a funcţionărilor lor corporale dominante, mai ales în cadrul unui tratament analitic în care ajungem într-un contact foarte intim cu realitatea psihică a copilului prin intermediul jocului şi discursului acestuia.

Cititorii de literatură psihanalitică pot deveni cu uşurinţă nerăbdători dacă iau anumite declaraţii ale teoriei analitice şi le tratează ca şi cum ar fi nişte verdicte finale care nu trebuie modificate niciodată. Teoria psihanalitică se dezvoltă tot timpul, şi trebuie să se dezvolte printr-un proces natural oarecum asemănător condiţiei emoţionale a fiinţei umane care este studiată. Nu există exemplu mai bun cil nevoii de perspectivă istorică în citirea teoriei psihanalitice decât studiul rădăcinilor timpurii ale genitalităţii feminine.[14]

Studiul psihonevrozei arată că este imposibil de

---

14 Vezi Ernest Jones: (1927) The Early Development of Female Sexuality şi Sigmund Freud: (1931) Sexualitatea feminină.

evitat invidia de penis şi fantasma „bărbatului castrat” în descrierea fetiţei aflate în dezvoltare. Dar în urmă cu câteva decade, studiind literatură, s-ar fi putut crede că teoria psihanalitică nu avea loc pentru niciun alt fel de descriere a genitalităţii feminine decât acela al femeii că bărbat castrat.

Realitatea este că genul de descriere a progresiei creşterii Seului pe care încerc să-l ofer în cadrul acestei secţiuni este mai potrivit pentru descrierea elementului masculin decât al celui feminin. Funcţia şi fantasmele feminine se apropie mult mai mult de rădăcinile pregenitale, şi probabil există mai mult loc pentru intrarea unei anumite fetiţe în categoria *femeie* decât există pentru intrarea băieţilor în categoria *bărbat*.[15] Mai mult decât atât, pentru o descriere a sexualităţii feminine este necesar să fii familiarizat cu fantasmele fetiţei aflate în dezvoltare atât despre interiorul său, cât şi al mamei, iar acest lucru aparţine altui mod de prezentare, unul pe care voi încerca să-l înfăţişez sub titlul de „poziţia depresivă în dezvoltarea emoţională” Din aceste motive, descrierea sexualităţii feminine, în acest context, va fi mai puţin o descriere a fetiţelor decât ar fi descrierea sexualităţii masculine o descriere a băieţeilor.

Totuşi un lucru rămâne: că, în cazul indivizilor sănătoşi, cândva în jurul vârstei de 1 ½ – 2 ani, fetiţa, la fel ca şi băieţelul, atinge un stadiu care merită descris în termeni de relaţii interpersonale în care simt implicate pulsiunile, pulsiuni care au trecut prin fazele pregenitale şi au devenit genitale atât în privinţa localizării lor corporale, cât şi a tipului de fantasmă. Fetiţa are un bărbat în minte

15 Vreau să sugerez că cele trei femei care apar în mituri şi în vise nu au un corespondent exact masculin. Ideal, în timpul actului sexual fiecare bărbat este în mod concret el însuşi în acel moment, în timp ce, în cazul fetei, într-un anumit sens unitatea nu este o fată, ci un trio: bebeluşul fetiţă, mireasa cu văl şi femeia bătrână. Acesta este un subiect vast prin el însuşi şi ar fi nepotrivit să-l studiem aici.

atunci când este excitată genital şi penisul acestuia este cel care este dorit genital.

Partea feminină din băiat (la fel ca şi partea masculină din el) este de asemenea fundamentală, deşi în mod variabil în funcţie de ereditate, de influenţele mediului care ţin de cadrul personal şi de modelul cultured mai general. Trebuie să se facă o distincţie între capacitatea băieţelului de a se identifica cu o femeie în privinţa genitalităţii feminine şi capacitatea lui de a se identifica cu o femeie în rolul ei de mamă. În cadrul culturii noastre, cea din urmă identificare este mai acceptabilă decât cea dintâi; de asemenea, este mai puţin tulburătoare pentru genitalitatea masculină în cadrul individului, deoarece are de-a face mai mult cu tipul de fantasmă decât cu localizarea funcţionării corporale.1

Este acceptat în mod general că există o bisexualitate a tuturor fiinţelor umane, mai ales în ceea ce priveşte fantasmele şi capacitatea de identificare. Factorul principal care determină felul în care creşte un copil este sexul persoanei de care este el îndrăgostit la vârsta critică, adică în perioada pe care o studiem aici, după prunciejjmnainte de perioada de latenţă. Este extrem de convenabil atunci când sexualitatea unui copil se dezvoltă în principal în conformitate cu înzestrarea corporală, adică atunci când un băiat este predominant masculin, iar o fată este predominant feminină. Cu toate acestea, societatea are mult de câştigat dacă poate tolera atât latura homosexuală, cât şi pe cea heterosexuală în dezvoltarea copiilor. La băieţi, identificarea puternică cu mama, şi chiar feminitatea2 pot fi valoroase atunci când dezvoltarea caracterului este satisfăcătoare în celelalte privinţe. O anumită masculinitate în cazul fetelor este nu numai tolerată, ci chiar aşteptată şi preţuită.

şoane sunt treptat percepute ca persoane, dar acest lucru nu înseamnă că sunt percepute complet obiectiv. Anumiţi copii încep de timpuriu să cunoască oamenii în mare măsură aşa cum sunt, în timp ce alţii sunt mai subiectivi şi nu înţeleg decât în măsura în care sunt pregătiţi să-şi imagineze. Copiii mai subiectivi riscă mai puţin în cazul în care figura maternă s-ar schimba; copiii mai puţin subiectivi câştigă prin aprecierea calităţilor reale ale diverşilor oamenii, dar riscă mai mult, sunt predispuşi să sufere mai mult ca urmare a unei pierderi.

Dacă sănătatea este conceptualizată în termeni de absenţă a bolii nevrotice (presupunându-se absenţa bolii psihotice), atunci sănătatea se stabileşte în cadrul gestionării primei relaţii triunghiulare, în care copilul este puternic influenţat de nou-stabilitele pulsiuni de calitate genitală, caracteristice perioadei cuprinse între 2 şi 5 ani. Acesta este modul în care eu personal interpretez complexul oedipian freudian în cazul băieţilor şi ceea ce corespunde acestuia în cazul fetelor (complexul oedipian inversat, complexul Electra etc.). Cred că se pierde ceva dacă termenul de „complex oedipian” este aplicat stadiilor foarte timpurii, în care sunt implicate doar două persoane, iar a treia persoană sau obiect parţial este internalizată, un fenomen al realităţii interne. Nu pot considera ca valoroasă folosirea termenului „complex oedipian” acolo unde una sau mai multe părţi ale triunghiului simt obiecte parţiale. În cadrul complexului oedipian, cel puţin din punctul meu de vedere, fiecare dintre cele trei părţi ale triunghiului este o persoană întreagă nu numai pentru observator, ci şi – mai ales – pentru copil.

În acest fel, termenul „complex oedipian” are o valoare economică în descrierea primei relaţii interpersonale controlate de pulsiuni. Sunt implicate atât fantasmele, cât şi funcţionarea corporală. În fantasmă, ţelul este unirea sexuală între mamă şi fiu, lucru care

implică *moarte*, moartea tatălui. Pedeapsa apare sub forma castrării copilului reprezentată simbolic, ca de exemplu sub forma orbirii în vechiul mit. Anxietatea de castrare este cea care-l face pe copil să poată continua să trăiască sau să-i permită să trăiască tatălui. Castrarea simbolică aduce uşurare, iar orbirea din mit transmite ideea a ceea ce noi numim în prezent „inconştientul refulat”. Prin intermediul castrării şi al suferinţei, fiul obţine în cele din turmă eliberarea psihologică, în timp ce dacă ar fi fost ucis, nu ar fi suferit şi nu s-ar fi aflat într-o poziţie care să-i permită să ajungă la o soluţie, aşa încât tragedia ar fi fost nefolositoare sau neproductivă, şi doar dramatică.[16]

Ar fi înţelept să nu ne bazăm prea mult pe mitul Electrei, de vreme ce în primul rând trebuie să ne întrebăm: trebuie introdus pentru a ilustra sexualitatea feminină dezvoltată într-o manieră masculină, cu invidia de penis şi complexul de castrare că teme centrale, sau sexualitatea dezvoltată mai direct, prin identificarea şi rivalitatea cu mama şi prin elaborarea imaginară a funcţionării organelor genitale specific feminine? Dacă trebuie găsit un termen, mai puţin dăunător este acela de „complex oedipian inversat”, pentru că tot ceea ce pretinde este că pentru fetiţe există o altă cale şi lasă la latitudinea imaginaţiei tot ceea ce poate fi implicat în dezvoltarea acestei teme.

Complexul oedipian este astfel o descriere a unui câştig al sănătăţii. Sănătatea imperfectă aparţine nu complexului oedipian, ci refulării ideilor şi inhibiţiilor funcţiilor, care decurg din conflictul dureros, exprimat prin termenul „ambivalenţă”, ca de exemplu atunci când un băiat descoperă că îl urăşte şi vrea să-l omoare şi se teme de tatăl pe care îl iubeşte şi în care are încredere, pentru că este îndrăgostit de soţia tatălui lui. Fericit şi sănătos va fi acel băiat care va atinge exact acest stadiu din cadrul

---

16 Oedip ajunge în cele din urmă, în mit, la...

dezvoltării lui emoţionale şi somatice atunci când familia este intactă şi care poate fi ajutat în parcurgerea situaţiilor penibile în primul rând de către propriii lui părinţi pe care îi cunoaşte bine, părinţi care tolerează idei şi a căror inter-relate este suficient de solidă încât ei să nu se teamă de tensionarea devotamentului lor reciproc datorită iubirilor şi urilor copilului.

Atunci când acest stadiu este atins într-o manieră relativ deschisă (presupunând existenţa unei dezvoltări sănătoase în stadiile mai timpurii), copilul este capabil să trăiască cele mai teribile sentimente umane, fără o organizare excesivă a apărărilor împotriva anxietăţii. Şi cu toate acestea, apărări vor exista întotdeauna, iar acestea duc la apariţia simptomelor. Simptomele nevrotice sunt organizări ale apărării împotriva anxietăţii, de fapt împotriva anxietăţii de castrare, anxietate care apare în urma dorinţelor de moarte inerente complexului oedipian. Anomalia semnalizează normalitatea.

Capitolul 2

Conceptul de „sănătate” din perspectiva teoriei pulsionale

„În acest moment am ajuns la un punct din care putem h întrezări câte ceva din natura unui copil mic, din înţelesul sănătăţii şi din diverşii factori, atât interni cât şi externi, care complică în mod inerent procesul fundamental al continuei dezvoltări.

Fundamentul unei dezvoltări sănătoase este reprezentat de creşterea corporală şi, de asemenea, de schimbările în funcţionarea infantilă a organelor, care apar odată cu modificarea vârstei; acestea aduc o schimbare a accentului, ca de exemplu de la dominanţa alimentară la cea genitală. Elaborarea imaginară a funcţionării corporale devine organizată în fantasme, determinate calitativ de localizarea corporală, dar specifice individului datorită

eredităţii şi experienţei. În funcţie de plasarea accentului asupra ingestiei, excreţiei sau excitaţiei genitale, pregătirile pentru experienţele orgiastice sunt şi ele dependente de tipul de fantasmă care va domina în punctul culminant, fie el orgasm sau orgiastic.

Trebuie să considerăm elaborarea imaginară a funcţiilor ca existând atât la toate gradele de apropiere de funcţionarea fizică propriu-zisă, cât şi la toate gradele de depărtare de orgasmul său fizic. Cuvântul „inconştient”, ca să ne referim la unul dintre sensurile sale[17], se referă la o fantasmă aproape fizică, aceea care este cel mai puţin accesibilă conştientizării. La celălalt capăt al scalei există conştiinţa de sine şi conştiinţa capacităţii personale de a avea experienţe orgiastice sau funcţionale. Nu pretind că sunt capabil să descriu toate acestea într-un mod satisfăcător. Vă voi reaminti că, în această secţiune, nu cercetez problemele constituirii sinelui, ci consider faptul că sinele a început să existe ca fiind de la sine înţeles.

Chiar şi atunci când fazele timpurii ale dezvoltării emoţionale s-au desfăşurat în mod satisfăcător, încă este necesară o lungă perioadă de stabilitate a mediului, în timpul căreia personalitatea să poată să se acomodeze cu ea însăşi la toate nivelurile conştiinţei.

PSIHICUL Psihicul se forjează din materialul elaborării imaginare a funcţionării corporale (care ea însăşi depinde de capacitatea şi funcţionarea sănătoasă a unui singur organ: creierul). Putem afirma fără niciun risc că fantasma cea mai apropiată de funcţionarea corporală este dependentă de funcţia structurii cerebrale care este cel mai puţin avansată pe scara evoluţiei, în timp ce conştiinţa de sine este dependentă de funcţia a ceea ce este cel mai avansat în cadrul evoluţiei organismului

---

17 Anna Freud: (1936) The Ego and the Mechanisms of Defence. [Apărută în limba română sub titlul Eul şi mecanismele de apărare, Editura Fundaţiei Generaţia, 2001. (N. t.)]

uman. Deci psihicul formează o unitate fundamentală cu corpul prin intermediul relaţiei sale atât cu funcţiile ţesuturilor şi organelor, cât şi cu creierul, ca şi prin intermediul modului în care devine întreţesut cu acesta prin noile relaţii dezvoltate în fantasmele sau mintea, conştiente sau inconştiente, ale individului.

SUFLETUL Pentru mine, sufletul este proprietatea psihicului astfel definit, şi deci depinde şi el în cele din urmă de funcţiile cerebrale şi poate fi sănătos sau bolnav. Ştiu că aceasta este o viziune personală care vine în opoziţie cu învăţăturile aproape tuturor sistemelor religioase. Din această cauză îmi menţin cu mare modestie viziunea pe care mi-am format-o. Totuşi este de mare importanţă practică pentru oricine să ajungă la o decizie personală asupra acestui subiect, în contextul tratamentului modern al tulburărilor mentale prin intermediul lobotomiei, adică prin intermediul unei distorsionări deliberate a funcţionării cerebrale *sănătoase* în vederea uşurării suferinţei din cadrul psihicului.

Pentru cei care cred că sufletul este primit din afară şi nu se dezvoltă ca atribut personal, este de la sine înţeles că lobotomia nu constituie o violare, ci devine astfel unul dintre multiplele moduri de uşurare a suferinţei. Pentru cel care consideră că termenul de „suflet” (dacă e să însemne ceva) înseamnă ceva care creşte în individ, distorsionarea deliberată a funcţionării cerebrale sănătoase este şi trebuie să rămână un preţ prea mare de plătit pentru uşurarea suferinţei, de vreme ce modifică irevocabil fundamentul existenţei psihicului, şi inclusiv a sufletului; şi după tratament nu mai rămâne o persoană întreagă, nici psihic, nici sufleteşte.

Din punctul meu de vedere, nu putem pretinde că un pacient este ajutat de lobotomie datorită unei alinări observabile a suferinţei. Poate argumentaţia mea este defectuoasă, dar chestiunile implicate sunt atât de

serioase, încât cei care folosesc lobotomia ca terapie trebuie să fie capabili să evidenţieze aceste defecte. Nu este îndeajuns să continue să raporteze îndepărtarea simptomelor şi micşorarea stresului vizibil. Nu există alinare a suferinţei în *vacuo*; o anume persoană care suferă poate fi alinată; dar nu pare posibil (celui care împărtăşeşte viziunea mea asupra subiectului) să-ţi asumi responsabilitatea schimbării unei persoane dintr-una care suferă în altceva cu totul diferit, un om doar pe jumătate, care nu mai suferă, dar nici nu mai este persoana originară care a venit la tratament!

Tocmai în vederea păstrării relaţiei dintre trup şi psihic, care este fundamentală şi care, la indivizii sănătoşi, este stabilită şi menţinută, folosesc în disecţia personalităţii termenul de „continuum *psyche-sama*”. Există şi mintea, o parte specializată a psihicului, care nu este neapărat în relaţie cu trupul, deşi este bineînţeles dependentă de funcţionarea creierului. Ne complăcem în fantezia că ar exista un loc, pe care îl numim „minte”, unde lucrează intelectul, şi fiecare individ plasează mintea undeva, şi acolo simte încordare musculară sau congestie vasculară atunci când încearcă să gândească. În imaginaţie, nu creierul este folosit pentru plasarea minţii, de vreme ce nu există o conştientizare a funcţionării cerebrale; creierul funcţionează silenţios şi nu pretinde nicio recunoaştere.

În cadrul descrierii copilului mic sănătos putem distinge în mod util stările excitate de cele neexcitate. Problemele perioadelor excitate sunt în mod evident determinate de pulsiuni, iar, în limbajul acestui capitol, multe din lucrurile care se întâmplă între excitaţii privesc fie îngrădirea pulsiunilor, pregătirea pentru satisfacerea pulsională din final, fie păstrarea pulsiunilor vii într-un mod indirect, prin joacă sau prin punerea în act a fantasmelor. În cadrul jocului, corpul se pune în valoare

prin participarea la punerea în act, iar în cadrul fantasmării, corpul se pune în valoare într-un mod secundar, prin faptul că, odată cu fantasma, apare şi o excitaţie somatică potrivit localizată, după cum şi odată cu funcţionarea corporală apar fantasme. Masturbarea de tip obişnuit, sănătos şi relativ noncompulsiv ţine de această păstrare în viaţă a pulsiunilor în absenţa experienţelor pulsionale mature. În cazul copiilor, este şi mai sigur că apare frustrarea în cadrul vieţii pulsionale decât în cazul adulţilor, şi parţial din acest motiv observăm în copilărie o valorizare mai mare a jocului şi a imaginaţiei creative.

În cadrul primei relaţii triunghiulare între persoane care este studiată aici, copilul este copleşit de pulsiuni şi iubiri. Această iubire implică schimbări fizice şi fantasmatice şi este violentă. Duce la ură. Copilul urăşte a treia persoană. Copilul, dat fiind că a fost deja bebeluş, cunoaşte câte ceva despre iubire şi agresiune şi ambivalenţă şi teama că ceea de este iubit va fi distrus. Aici, în cadrul relaţiei triunghiulare, ura se poate manifesta în sfârşit în mod liber, de vreme ce ceea ce este urât este o persoană, o persoană care se poate apăra, şi o persoană care este deja iubită; de fapt (în cazul băiatului) tatăl, genitorul, soţul mamei. Iubirea mamei este descătuşată, în cel mai simplu caz, de faptul că tatăl devine obiectul urât, tatăl care poate supravieţui şi pedepsi, şi ierta.

La indivizii sănătoşi, în culmea excitaţiei, anxietatea este mare şi este tolerată ca atare. În acest fel poate exista o recuperare, o recuperare din tensiunea sporită a pulsiunilor. Totuşi este întotdeauna adevărat că, din cauza conflictului dureros sau a fricii, apărările trebuie organizate, copilul nevrotic nefiind în primul rând diferit de copilul normal, sănătos, cât mai puţin conştient de ceea ce se petrece şi deci având apărări mai rigide şi mai oarbe împotriva pedepsei.

Acum este posibil să enumerăm diversele apărări împotriva anxietăţii pe care copilul aflat în acest stadiu (şi care a parcurs pruncia cu bine) le poate adopta şi organiza. În cazul cel mai simplu cu putinţă, cazul pe care Freud l-a ales în dezvoltarea teoriei sale, băiatul este îndrăgostit de mama sa. Tatăl este folosit de către băiat ca prototip al conştiinţei. Băiatul internalizează tatăl pe care îl cunoaşte şi cu care ajunge la o înţelegere. Dar se mai întâmplă şi alte lucruri, iar acestea pot fi enumerate. Într-o anumită măsură, băiatul pierde capacitatea pulsională, astfel negând o parte din ceea ce pretindea. Într-o anumită măsură, el deplasează obiectul iubirii sale, înlocuind-o pe mamă cu o soră, mătuşă, asistentă medicală, cu cineva care este mai puţin implicat într-o relaţie cu tatăl. Într-o anumită măsură, băiatul intră într-un pact homosexual cu tatăl, astfel încât potenţa lui devine nu în întregime individuală ci, în loc de asta, (prin identificare) o nouă expresie a potenţei tatălui care a fost internalizată şi adoptată. Toate acestea se petrec în cele mai ascunse vise ale băiatului şi nu «sunt accesibile exprimării conştiente imediate; dar la indivizii sănătoşi, ele nu sunt inaccesibile în mod absolut. Prin intermediul identificării cu tatăl sau cu o figură paternă, băiatul dobândeşte o potenţă prin procură şi o potenţă proprie amânată, care poate fi recuperată la pubertate.

Prăbuşirea apărărilor se manifestă ca anxietate francă, fie în coşmaruri, fie sub diverse manifestări în timpul stării de trezie. Natura acestor manifestări depinde nu numai de fiziologia fricii[18], ci şi de natura fantasmelor conştiente sau inconştiente.

Copilul sănătos care negociază toate aceste riscuri

---

18 A se nota că există o fiziologie a fricii, ca şi a excitaţiei sau a urii, dar nu şi o fiziologie a anxietăţii, de vreme ce manifestările acestei stări complexe depind de balanţa din cadrul fantasmelor dintre frică, ură, iubire, excitaţie etc., iar aceasta este o chestiune individuală.

trebuie conceptualizat ca trăind într-un mediu relativ stabil, cu o mamă fericită în căsnicie şi cu un tată pregătit să-şi joace rolul cu copiii lui, pregătit să ajungă să-şi cunoască fiul şi să ofere şi să primească în modul subtil care-i vine relativ natural unui tată care, el însuşi a avut ca băiat o experienţă fericită cu propriul lui tată.

Tensiunea creşte pe măsură ce copilul atinge culmea funcţionării pulsionale timpurii (undeva între 2 şi 5 ani) şi este apoi rezolvată, sau mai degrabă amânată, pur şi simplu datorită trecerii timpului. Pe măsură ce perioadă de latenţă (după cum este denumită) se instalează, copilul este eliberat de necesitatea de a se adapta tensiunii pulsionale în dezvoltare şi devine capabil să se liniştească pentru câţiva ani, continuând în cadrul lumii interioare experienţele lucrurilor prin care a trecut, pe care le-a observat şi imaginat în timpul fazei timpurii a predominării pulsiunii genitale.

Astfel, prin acest mod de a privi copilăria, ca şi prin alte metode, vedem durerea, suferinţa şi conflictul, aşa cum vedem şi marea bucurie.

Freud a descris aceste lucruri într-un mod care acum este bine cunoscut. El a numit tendinţele pulsionale „Se”, iar pentru partea sinelui care se află în contact cu lumea externă a folosit cuvântul „Eu”. De-a lungul multor ani, munca lui a reprezentat un studiu al luptei Eului cu impulsurile Seului. Acest lucru a antrenat psihologia într-un proces de cunoaştere a Seului într-un mod în care nu mai fusese cunoscut până atunci. Printr-o tehnică prin care ajungea împreună cu pacientul la inconştient (psihanaliza), Freud a putut demonstra lumii natura şi puterea impulsurilor Seului, adică a pulsiunilor. El a arătat că ceea ce era asociat cu conflict şi emoţii intolerabile devenea refulat, şi o sursă de secătuire a resurselor Eului.

În acel stadiu, se putea spune uşor despre psihanaliză că se ocupă numai cu inacceptabilul şi era ceva

foarte obişnuit pentru cei ce erau ostili acestei noi investigaţii a naturii umane să presupună că în psihanaliză Se-ul şi inconştientul erau tratate ca fiind unul şi acelaşi lucra. Cu toate acestea, ceea ce era examinat era încercarea Eului de a ajunge la o înţelegere cu propria parte de Se[19]; de a deveni capabil să folosească energia Seului fără o prea mare tulburare a relaţiei lui cu lumea sau cu idealul.

În cele din urmă (1923), Freud a introdus termenul de „Supraeu” pentru a descrie la început tatăl internalizat de băieţel şi folosit pentru controlul pulsiunilor. Freud ştia că nu se putea spune acelaşi lucru şi despre fetiţe, dar a permis acestei teorii să se dezvolte în mintea sa în acest mod, presupunând că, în timp, chestiunea se va rezolva de la sine; şi cred că aşa s-a şi întâmplat. Rămâne valoroasă descrierea clară (mult suprasimplificată, după cum ştim acum) făcută de Freud stadiilor atinse, în cazul unei dezvoltări sănătoase, de băieţelul care devine capabil să întemeieze înăuntrul său un ideal bazat pe imaginea lui despre o persoană reală, tatăl real, un bărbat pe care îl cunoaşte bine în viaţa de zi cu zi şi cu care poate ajunge la o înţelegere în visele sale sau în realitatea lui interioară, sau în fantasmele profunde. Acest lucru este posibil doar atunci când dezvoltarea copilului continuă să progreseze într-un mod sănătos şi într-un mediu familial stabil.

Introducând conceptul de Supraeu, Freud a declarat mai clar decât o făcuse până atunci în expunerile sale teoretice că era preocupat de problemele Eului, de creşterea conştiinţei, idealurilor şi ţelurilor Eului şi de apărările Eului împotriva tendinţelor Seului. Dar acest lucru s-a aplicat întotdeauna muncii lui Freud; iar dacă o folosire mai timpurie a unui astfel de termen precum Supraeul ar fi întârziat sarcina neplăcută de a prezenta Eul

---

19 în cadrul teoriei psihanalitice, Eul este conceput ca fiind o parte a Se-ului.

lumesc Seului său, atunci acest lucru ar fi anulat valoarea psihanalizei.

Conceptul de Supraeu s-a diversificat de-a lungul timpului, deşi fundamental termenul este folosit pentru a descrie ceea ce este construit, încorporat sau organizat înăuntrul Eului pentru control, direcţie, încurajare şi sprijin. Controlul nu reprezintă numai un control direct asupra pulsiunilor, ci şi unul al complexelor fenomene ale Eului care depind de amintirile experienţelor pulsionale şi de aspectul lor fantasmatic. Totuşi luând în considerare acest fapt am ajunge la subiectul unei secţiuni ulterioare, şi anume aceea care se ocupă cu „poziţia depresivă” din cadrul dezvoltării.

În limbajul acestei secţiuni, punctul culminant al dezvoltării emoţionale este atins la vârsta de 3 – 4 ani. Băieţelul sau fetiţa este complet constituit ca unitate şi poate să simtă că persoanele din jurul său sunt, de asemenea, persoane întregi. În acest context, copilul este capabil de experienţe sexuale genitale, cu excepţia faptului că reproducerea somatică a copilului uman este supusă amânării până la pubertate. Ca urmare a acestui fenomen endocrinologie al amânării, sau ceea ce se numeşte perioada de latenţă, copilul trebuie să folosească cum poate mai bine identificările cu părinţii şi alţi adulţi şi trebuie să profite de experienţele din vis şi joacă, de fantasmarea cu sau fără acompaniament corporal şi de satisfacţiile corporale obţinute în lipsa altor persoane; copilul trebuie să folosească experienţele de tip pregenital său genital imatur din sfera lui şi trebuie să profite la maximum de faptul că trecerea timpului – câteva ore sau poate chiar minute – aduce uşurare pentru aproape orice problemă, oricât de intolerabilă, presupunând că cineva înţelegător şi cunoscut este prezent, păstrându-şi calmul atunci când ura, furia, supărarea, durerea, disperarea par să fie totul.

Sexualitatea infahtilă este un lucru foarte real; în momentul în care schimbările perioadei de latenţă aduc uşurare, ea poate fi imatură sau matură; şi, de asemenea, în măsura în care calitatea sexualităţii copilului este imatură sau deformată, sau inhibată la sfârşitul acestei prime perioade de relaţii interpersonale, tot aşa va reapărea ca fiind imatură sau deformată, sau inhibată la pubertate.

Freud a înţeles că sexualitatea genitală a izvorât din cea pregenitală şi a numit viaţa pulsională „sexuală”, cu excepţia pulsiunilor de autoapărare. Astfel a apărut termenul de „sexualitate infantilă”, şi există mulţi care şi-ar fi dorit ca Freud să nu fi insistat asupra acestei părţi a teoriei lui.

În opinia mea, a fost important ca Freud să parcurgă până la capăt drumul determinării originilor sexualităţii genitale adulte sau mature, până la sexualitatea genitală din copilărie, şi să demonstreze rădăcinile pregenitale ale acesteia. Aceste experienţe pulsionale pregenitale constituie sexualitatea bebeluşilor. Este atât de uşor să modifici un concept pentru a evita să ofensezi, dar în acelaşi timp poţi trăda un principiu de o importanţă vitală. Sexualitatea bebeluşilor ar fi putut să rămână un termen care să descrie exerciţiile genitale compulsive ale anumitor bebeluşi care sunt privaţi de o îngrijire iubitoare sau a căror capacitate de a relaţiona este serios tulburată. Totuşi are o valoare superioară ca descriere a începutului întregii dezvoltări a vieţii pulsionale. În acest sens a folosit Freud termenul. Cu toate acestea, opiniile individuale asupra acestei chestiuni de terminologie vor continua să varieze.

Este atât posibil, cât şi sănătos ca un copil de 4 ani să se afle în stadiul relaţiilor interpersonale, folosind la maximum pulsiunile şi având o viaţă sexuală completă (cu excepţia limitărilor biologice descrise).

Un copil sănătos devine apt pentru fantasma completă a sexualităţii genitale. În visele reamintite pot fi identificate toate tipurile de travaliu al visului care au fost atât de atent elaborate de către Freud. În visele nereamintite şi fără sfârşit trebuie înfruntate consecinţele complete ale experienţei pulsionale. Băiatul care ia locul tatălui lui nu poate evita confruntarea cu:

Ideea morţii tatălui şi deci a propriei lui morţi.

Ideea castrării de către tată sau a castrării tatălui.

Ideea de a-i fi lăsată întreaga responsabilitate pentru satisfacţia mamei.

Ideea unui compromis cu tatăl, în direcţia homosexualităţii.

În visele sale, o fată nu poate evita confruntarea cu:

Ideea morţii mamei şi deci a propriei ei morţi.

Ideea de a o jefui pe mamă de soţul ei, de penisul lui, de copiii ei, şi astfel ideea propriei sale sterilităţi.

Ideea de a fi complet în puterea sexualităţii tatălui.

Ideea unui compromis cu mama, în direcţia homosexualităţii.

Atunci când părinţii există în realitate şi există de asemenea şi un cadru familial şi o continuitate a lucrurilor familiare, soluţia vine din separarea a ceea ce se numeşte realitate şi fantasmă. A-i vedea pe părinţi împreună face tolerabil visul despărţirii lor sau al morţii unuia dintre ei. Scena primitivă (părinţii care sunt sexual împreună) reprezintă fundamentul stabilităţii individuale, de vreme ce face posibilă întreaga fantezie a luării locului unuia dintre parteneri. Acest lucru nu scoate din discuţie faptul că scena primitivă, surprinderea în realitate a actului sexual, poate supune un copil la tensiune maximă şi poate fi traumatică (dacă se întâmplă într-un mod foarte diferit de nevoile copilului) astfel încât, ca urmare a faptului de a fi forţat să fie martor la ea, copilul poate începe să

dezvolte o boală. Ambele afirmaţii sunt necesare, demonstrând atât valoarea, cât şi pericolul scenei primitive.

Părinţi care sunt satisfăcători din alte puncte de vedere pot eşua cu uşurinţă în îngrijirea copilului dacă se dovedesc incapabili să distingă clar între visele copilului şi faptele reale. Ei pot prezenta o idee ca fiind un fapt sau pot reacţiona nechibzuit în faţa unei idei ca şi cum aceasta ar fi fost o acţiune. Chiar pot fi mai înspăimântaţi de idei decât de acţiuni. Maturitatea înseamnă, printre altele, o capacitate de a tolera idei, iar părinţii au nevoie de această capacitate care, când este maximă, face parte din maturitatea socială. Un sistem social matur (care are anumite cerinţe cu privire la acţiune) permite libertatea ideilor şi libera exprimare a lor.[20] Copilul atinge doar treptat abilitatea de a distinge între vis şi realitate.

Într-o anumită măsură, un copil sănătos eşuează în tolerarea conflictelor şi anxietăţilor care-şi ating punctul culminant în punctul culminant al experienţei pulsionale. O soluţie la problemele de ambivalenţă inerente copilăriei vine din elaborarea imaginară a tuturor funcţiilor; în lipsa fantasmelor, exprimarea brută a apetitului, sexualităţii şi urii ar reprezenta regulă. În acest sens, fantasmele se dovedesc a fi caracteristici umane, substanţa socializării şi a înseşi civilizaţiei.

INCONŞTIENTUL Ideea esenţială din toată această descriere a copilului sănătos şi nevrotic (nu psihotic) este aceea a inconştientului şi a exemplelor speciale de inconştient cunoscute ca „inconştientul refulat”.

Travaliul tratamentului psihanalitic îi priveşte în principal pe pacienţii psihonevrotici şi se produce prin conştientizarea conţinutului inconştient. Acest lucru este

---

20 Vezi: D.W. Winnicott: (1950) Some Thoughts on the Meaning of the Word „Democracy" şi R.E. Money-Kyrle: (1951) Psycho-Analysis and Politics.

realizat mai ales prin retrăire, în relaţia pacientului cu analistul. Psihonevroticul pare să lucreze la nivelul conştiinţei şi se simte stânjenit de lucrurile inaccesibile acesteia. Dorinţa de conştiinţă de sine pare să fie caracteristică psihonevroticului. În cazul acestor oameni, analiza aduce cu ea o creştere a conştientizării şi o toleranţă faţă de absenţa conştientizării. Prin contrast, psihoticii (şi oamenii normali de tip psihotic) nu sunt foarte preocupaţi de conştientizare şi există prin sentimente şi experienţe mistice, chiar suspectând sau dispreţuind conştientizarea intelectuală. Aceştia din urmă nu se aşteaptă să devină mai conştienţi prin psihanaliză, dar treptat ajung să spere să se poată simţi reali.

În cadrul travaliului psihanalitic, analistului i se prezintă în mod regulat dovezi izbitoare ale inconştientului, atunci când pacientul aduce în situaţia analitică ceea ce anterior fusese inconştient sau chiar puternic negat. În relaţia dintre pacientul psihonevrotic şi analist apare şi reapare o relaţie specializată care poartă marca nevrozei pacientului şi care reprezintă boala pacientului apărând în mostre. Acest fenomen este numit „nevroza de transfer”. Rezultatul analizei nevrozei de transfer este apariţia bolii bucată cu bucată în cadrul condiţiilor înalt specializate şi controlate pe care analistul le garantează, furnizează şi menţine.

Păcatul de neiertat în psihoterapie ar fi folosirea de către analist a relaţiei analitice în vederea gratificării personale. Acest principiu este foarte apropiat de cel care stă la baza jurământului doctorilor, care proscrie relaţiile sexuale cu pacienţii; astfel, încă din anul 400 î.Hr., Hipocrate demonstrează că a înţeles valoarea care rezidă în a permite pacientului să aducă în cadrul relaţiei profesionale modele care sunt personale şi, după cum am spune noi, derivate din complexul lui Oedip şi stabilite originar în copilăria timpurie. Ceea ce a făcut Freud în

plus a fost să folosească contribuţia personală a pacientului la relaţia profesională într-o încercare metodică de a aduce trecutul în prezent şi astfel să ofere condiţii în care schimbarea şi creşterea să poată apărea acolo unde altfel nu ar fi decât rigiditate.

A abuza de nevroză de transfer ar fi ceva similar cu seducerea sexuală a unui copil mic, de vreme ce un copil mic nu este capabil să facă o alegere de obiect reală, având încă un înalt grad de subiectivitate în observaţie. Un corolar al acestui fapt ar fi că unui pacient care a fost sedus în copilărie îi este foarte greu să creadă şi să aibă încredere într-un analist tocmai în momentul în care analistul poate să opereze cel mai eficient. Se poate observa aici că analiza psihozelor de tip schizoid[21] este în mod esenţial diferită de analiza psihonevrozelor, deoarece prima necesită ca analistul să tolereze o regresie reală la dependenţă, în timp ce a doua necesită ceva diferit, o capacitate de a tolera idei şi sentimente (iubire, ură, ambivalenţă etc.), o înţelegere a proceselor şi, de asemenea, o dorinţă de a arăta înţelegerea prin expunerea potrivită în limbaj (interpretarea lucrurilor pe care pacientul este aproape pregătit să le conştientizeze). O interpretare corectă şi bine sincronizată în cadrul tratamentului analitic îi dă o senzaţie de a fi ţinut în mod fizic care este mai reală decât dacă ar fi fost propriu-zis strâns în braţe său îngrijit. Înţelegerea merge mai adânc, iar prin înţelegere, manifestată prin folosirea limbajului, analistul ţine în braţe în mod fizic pacientul în trecut, adică în momentul nevoii de a fi ţinut, atunci când iubirea însemna îngrijire fizică şi adaptare.

Rezumat Deci în cadrul sănătăţii există o maturitate a dezvoltării pulsionale care este atinsă aproximativ la 5 ani, adică înainte de realitatea biologică a latenţei. La pubertate modelele dezvoltării pulsiunilor şi organizarea

---

21 hi acest stadiu încă nu mă refer la psihoza de tip maniaco-depresiv.

apărărilor împotriva anxietăţii care erau prezente în perioada de prelatenţă reapar şi determină în mare parte capacitatea şi modelele pulsionale ale adultului. Dacă apărările organizate împotriva anxietăţii simt mai evidente decât pulsiunile, decât controlul lor conştient şi decât influenţa lor asupra acţiunilor şi imaginaţiei, atunci tabloul clinic este caracteristic mai degrabă psihonevrozei decât sănătăţii.

Creşterea se desfăşoară pe tot parcursul vieţii unei persoane, mai ales dacă persoana este sănătoasă, dar în ceea ce priveşte calitatea pulsiunilor, disponibilitatea, controlul şi limitările lor nevrotice, creşterea este relativ mică după uriaşa înaintare înghesuită în primii ani, când (în mod obişnuit) familia furnizează cadrul ideal pentru o astfel de creştere. Lucrul este adevărat în pofida realităţii marilor schimbări ce ţin de vârsta pubertăţii, schimbări care au un fundament endocrinologie, schimbări care fac procrearea o parte din funcţia genitală reală pentru prima dată în viaţa individului.

Aceste chestiuni, care îl preocupă pe analist în travaliul lui. De şedinţă cu şedinţă cu bolnavul psihonevrotic, simt importante şi pentru cel care studiază natura umană. Totuşi este adevărat că pentru cei care nu studiază cu scopul de a deveni analişti (majoritatea cititorilor mei), fenomenele dezvoltării pulsiunilor şi apărărilor împotriva anxietăţii de castrare nu reprezintă o preocupare prea practică. Dacă un copil are o fobie, faptul de a-i spune profesorului ce s-ar descoperi *dacă acel copil ar face o analiză* are o valoare practică limitată, mai ales în condiţiile în care analiză este disponibilă foarte rar.

Cu toate acestea, este util pentru oricine căruia i s-a încredinţat îngrijirea unui copil să obţină orice înţelegere disponibilă, iar în gestionarea copiilor mici sigur este de ajutor dacă se cunoaşte câte ceva despre motivul pentru care un cadru stabil este esenţial. Forţe uriaşe, derivate

din pulsiuni, sunt în mişcare, iar între 2 şi 5 ani fiecare copil trebuie să ajungă la un echilibru, date fiind ereditatea, pulsiunile, particularităţile corpului, factorii de mediu atât buni cât şi răi, trebuind în acelaşi timp să stabilească relaţii personale, plăceri şi neplăceri, o conştiinţă personală şi speranţe de viitor.

Harta psihologiei unui băieţel

ÎN TERMENII TEORIEI PULSIONALE

Iubirea pentru mamă

Ura pentru tată Omoară sau mori

Nici nu omorî, Fantasma Castrează nici nu muri factorului timp[22] sau fii castrat

Anxietatea de castrare (intolerabilă)

Apărări împotriva

ANXIETĂŢII – AMENINŢĂRII CU CASTRAREA

Inhibiţia pulsiunilor (sursa iubirii).

Abandonarea obiectului, acceptarea substitutului.

Identificarea cu rivalul, pierderea identităţii personale.

Compromis homosexual cu rivalul (pasiv).

Regresia pulsiunilor până la stadiul pregenital (iubirea menţinută, dar evitarea ameninţării cu castrare, folosirea punctelor de fixaţie nepotrivite).

Regresia la dependenţă (iubirea menţinută, maturizarea abandonată, folosirea punctelor de fixaţie bune).

Conştientizarea vinei, organizarea ispăşirii (obsesional), (deci crima este permisă).

Refularea părţii iubirii (sau urii) (cu menţinerea absenţei conştientizării); cost: energie cheltuită şi pierderea capacităţii de a iubi (sau urî).

În cazul unei dezvoltări sănătoase, copilul este capabil să folosească oricare dintre aceste (şi alte) apărări

---

22 Notă pentru revizie: Dezvoltă până la supravieţuirea obiectului; originea fantasmei la fel ca în lucrarea „Folosirea obiectului".

sau toate împotriva anxietăţii. Nu anxietatea reprezintă anomalia, cât inabilitatea copilului de a folosi unele apărări sau o predispoziţie specială de a folosi un anumit tip de apărare.

CĂDEREA APĂRĂRILOR

Anxietate: coşmaruri sau atacuri de anxietate noi apărări: exploatarea manifestărilor somatice ale anxietăţii cu beneficiu secundar (cf. Regiesiei la dependenţă).

anestezie în locul refulării pierderea plăcerii din orgasmul fizic

Confuzie. Confuzie generală între anxietate şi excitare noi apărări: ordine, proiectată să ascundă confuzia (obsesional)

Întoarcerea *refulatului*: apare iubirea (sau ura) temporar, dar nu este complet conştientizată noi apărări: refulare mai profundă la un cost crescut.

Şi aşa mai departe.

Partea a III-a STABILIREA STATUTULUI UNITAR

Introducere Dezvoltarea emoţională caracteristică prunciei

A.

W-n secţiunea anterioară, instinctele şi progresia tipurilor de predominare pulsională au determinat metoda de JL studiu a naturii umane. Multe dintre cele ce vor urma aici privesc copilul înainte de vârsta predominării genitale. Studiul relaţiilor interpersonale a dobândit un limbaj propriu, cu un set de termeni proveniţi din scrierile freudiene timpurii, în prezent integraţi în utilizarea comună.

În această secţiune, care se ocupă cu dezvoltarea emoţională caracteristică prunciei, vom folosi o metodă descriptivă diferită. Nu vom presupune că copilul a devenit capabil să gestioneze o relaţie triunghiulară, ci subiectul studiului va fi reprezentat de capacitatea bebeluşului de a forma o relaţie cu altcineva (mama). O dată în plus este

necesar să considerăm ca fiind de la sine înţeleasă o dezvoltare sănătoasă în cadrul stadiilor şi mai timpurii, acelea care vor fi examinate în partea a IV-a. Vor fi explicate anumite lucruri care lipsiseră până acum, ca de exemplu ideea de *mioare* în copilul care se dezvoltă. Ideea de valoare conduce direct la ideea de sănătate, dar cele două nu sunt fără legătură între ele. Valoarea poate creşte la orice vârstă sau se poate diminua; de asemenea poate fi ascunsă şi deveni inaccesibilă, astfel amintind o pulsiune inhibată sau1 o fantasmă refulată.

Voi descrie stadiul de dezvoltare în care un bebeluş devine o unitate, devine capabil să-şi perceapă sinele (şi deci şi pe al altora) ca fiind un întreg, un singur lucru cu o membrană limitantă, şi cu un înăuntru şi un în afară. Asta, după cum am mai spus, presupune întreaga dezvoltare care duce la acest sentiment de a fi întreg.

Conceptele secţiunii anterioare au fost concepte intelectuale în mintea observatorului. Am adoptat conceptul de „conştiinţă” şi de „inconştient” şi de „inconştient refulat”. Aici, în schimb, este mai profitabil să folosim o diagramă care ar putea reprezenta desenul unui copil. Haideţi să spunem că un copil a umplut foi întregi de hârtie cu linii şi mişcări de du-te-vino, şi a hoinărit cu creionul de-a lungul hârtiei, din când în când alunecând incontrolabil dincolo de margine; iar apoi apare ceva nou, o linie care se uneşte cu propriul ei început, un cerc rudimentar este desenat, iar copilul arată spre el şi spune: „raţă” sau chiar „Tommy” sau „Anne”. Diagrama de care avem nevoie, de fapt, este concepţia copilului despre sine, o sferă, care într-un desen bidimensional este un cerc.

în afară

Bebeluşul ajunge treptat în poziţia pe care o examinez aici. În mod caracteristic, în acest stadiu există un progres de următorul fel:

Apare ideea unei membrane limitante, iar aceasta duce la ideea unui înăuntru şi în afară. Apoi se dezvoltă tema unui MINE şi nemiNE. Acum există conţinuturi MINE care depind parţial de experienţele pulsionale. Apoi urmează posibilitatea unui sentiment de responsabilitate pentru experienţele pulsionale şi pentru conţinuturile MINE şi a unui sentiment de independenţă faţă de ceea ce este în afară. Apare un înţeles al termenului „relaţie” ca ceva între persoană, MINE şi obiecte. Rezultatul acestui lucru este recunoaşterea în mamă a ceva echivalent cu MINE, adică perceperea ei ca persoană, sânul devenind atunci o parte dintr-o persoană.

Capitolul!

Poziţia depresivă

Tdată cu toate aceste lucruri are loc şşio separare a celor două stări, cea liniştită şi cea excitată. Neîndurarea din cadrul „atacului” pulsional asupra obiectului face loc unei aprecieri incipiente a mamei că persoană care are grijă de MINE, şi în acelaşi timp ca persoană care oferă o parte din ea în vederea hrănirii. Treptat apare o integrare a tipurilor de relaţie excitat şi liniştit şi o recunoaştere a faptului că cele două stări împreună (nu doar una singură) constituie o relaţie totală cu persoana-mamă. Aceasta este ceea ce se numeşte „poziţia depresivă în dezvoltarea emoţională”, un stadiu important care implică bebeluşul în sentimente de vinovăţie şi îngrijorare cu privire la relaţii datorită elementelor lor pulsionale sau excitate.

Anxietăţile copilului sunt de un nivel foarte complex. Există îngrijorare nu numai cu privire la efectul asupra persoanei mamei datorat elementelor pulsionale din cadrul relaţiei dintre MINE şi ea, dintre două persoane (vinovăţie); ci există îngrijorare şi cu privire la schimbările dinăuntru care urmează experienţelor excitate, şi experienţelor atinse de furie sau puse în mişcare de ură

(anxietate hipohondriâcă). (în plus faţă de acestea, există anxietăţile aşa-numite paranoide, care vor fi examinate separat.)

Se poate observa cu uşurinţă că are loc o creştere enormă în această progresie de la neîndurare la îngrijorare, de la dependenţa – MINE la relaţiile – MINE, de la preambivalenţă la ambivalenţă, de la o disociere primară între stările excitate şi cele liniştite la o integrare a acestor două aspecte ale sinelui.

Bebeluşul este angajat într-o sarcină care necesită necondiţionat atât *timp*, cât şi un *mediu personal* continuu. Persoana-mamă susţine situaţia în timp, în vreme ce bebeluşul găseşte un mod de a atinge „poziţia depresivă”, iar în lipsa îngrijirii ei personale continue această dezvoltare nu ar putea avea loc. Rezolvarea se desfăşoară în următorul fel.

Poate fi considerat ca axiomatic că bebeluşul uman nu este capabil să îndure povara vinovăţiei şi fricii care ţine de o recunoaştere completă a faptului că ideile agresive din cadrul iubirii instincuale primare neîndurătoare sunt directorate către mama relaţiei dependente (anaclitice). Mai mult decât atât, copilul nu este încă atât de avansat, încât să poată folosi ideea unui tată care intervine şi, prin faptul de a interveni, face ca ideile pulsionale să nu mai fie periculoase. Rezolvarea dificultăţilor inerente în viaţă în acest stadiu apare datorită capacităţii de a face reparaţie pe care o dezvoltă copilul. Dacă mama conţine[23] situaţia, zi de zi, atunci bebeluşul are timp să separe rezultatele imaginare bogate ale experienţei pulsionale şi să salveze ceva ce este simţit ca

---

23 în original: holds. Termenul a fost tradus în funcţie de context fie prin „conţine", fie prin „susţine", fie prin „ţine", iar când contextul era ambivalent s-a preferat traducerea prin ,,(con)ţine", pentru a surprinde ambele nuanţe existente în original. (N. t.)

fiind „bun”, suportiv, acceptabil, care nu răneşte, şi cu ajutorul acestui ceva să repare în mod imaginar stricăciunile pricinuite mamei. Aceste stricăciuni-făcute-bine se petrec în mod repetat în cadrul unei relaţii obişnuite mamă-bebeluş, şi treptat bebeluşul ajunge să creadă în efortul constructiv şi să fie capabil să îndure vinovăţia şi, astfel, să fie liber să iubească pulsional.

În acest fel este un bebeluş sănătos la început, cu o mamă acceptând un grad înalt de dependenţă că natural, independent de tată care, pe de altă parte, este absolut necesar pentru a proteja mama, pentru că altfel bebeluşul ar deveni inhibat, şi-ar pierde capacitatea pentru iubire excitată. Câştigul este observat clinic în capacitatea copilului sănătos de a avea stări depresive, de a conţine sentimente de vinovăţie până în momentul în care perlaborarea evenimentelor recente şi elaborarea lor imaginară în inconştient vor produce material pentru ceva constructiv fie în cadrul relaţiei, fie în cadrul jocului său muncii.

Probabil datorită faptului că în acest moment stările depresive apar clinic s-a folosit termenul de „poziţie depresivă în dezvoltarea emoţională normală”. Acest lucru nu înseamnă că bebeluşul normal trece printr-o *boală* depresivă sau de dispoziţie. O boală depresivă în cazul unui bebeluş[24] este într-adevăr o stare anormală şi care nu se întâlneşte în cazul bebeluşului normal în cadrul unei îngrijiri personale bune obişnuite. Apoi, în condiţii adecvate, bebeluşul devine capabil să separe binele şi răul din cadrul sinelui.[25] Se naşte o stare internă de o înaltă

---

24 Vezi R.A. Spitz, [(1945): „Hospitalism"].

25 Cuvintele „bine" şi „rău" sunt o moştenire a trecutului îndepărtat; de asemenea, sunt cuvinte potrivite pentru descrierea extremelor pe care fiecare bebeluş le simte în legătură cu chestiunile care ţin de interior — fie acestea forţe, obiecte, sunete sau mirosuri. Nu mă refer aici la folosirea termenilor de „bine" şi „rău" de către părinţi sau asistente care vor să implanteze simţul moralităţii în copil.

complexitate, mostre din ea apărând în cadrul jocului şi mai ales în cabinet, în cursul psihoterapiei în cadrul psihoterapiei (bebeluşul fiind acum un copil mic), cabinetul simbolizează adesea psihicul limitat al copilului, iar analistului îi este permis astfel accesul la lumea interioară a copilului, unde există un conflict teribil între diferite forţe, unde guvernează magia şi unde binele este constant ameninţat de rău. A te afla în lumea interioară a copilului este înnebunitor. Din ceea ce ne poate fi arătat din lumea interioară a copilului, putem deduce elementele lumii interioare a bebeluşilor.

Răul este menţinut puţin, pentru a fi folosit în exprimarea furiei, iar binele este menţinut pentru creşterea personală şi reparaţie şi restituţie, pentru a face bine acolo unde au fost făcute stricăciuni în mod imaginar.

Mă refer în principal, bineînţeles, la sentimentele şi ideile inconştiente ale bebeluşului, la conţinutul psihicului care există separat de eforturile intelectuale de înţelegere ale copilului.

Dacă mama (sau substitutul mamei) este în continuare prezentă şi disponibilă, adică dacă bebeluşul se află într-un mediu potrivit pentru un bebeluş, treptat apare un moment de reparare, un moment în care bebeluşul foloseşte capacitatea care s-a dezvoltat în orele precedente de contemplare sau digestie. Poate bebeluşul chiar face ceva (zâmbeşte sau face un gest spontan de iubire sau oferă un dar – un produs al excreţiei – ca simbol al reparaţiei şi restituţiei). Sânul (corpul, mama) este acum

---

Tot ce se află în această secţiune provine din propria mea muncă. Multe lucruri se bazează pe ceea ce am adunat din cursurile şi scrierile lui Melanie Klein şi din ce m-a învăţat personal. în multe privinţe, modul meu de a descrie lucrurile este diferit de al său, şi ştiu că nu este de acord cu anumite detalii ale prezentării mele. Oricum, nu am încercat să transmit opiniile ei exacte, aşa cum au fost complet exprimate de către ea însăşi şi de către Isaacs, Hei- mann, Segal şi alţii. Dorinţa mea principală aici este să ofer o relatare completă.

reparat, iar munca cotidiană e făcută. Pulsiunile zilei de mâine pot fi aşteptate cu o frică limitată. Răul de până atunci este suficient pentru întreaga zi.

În starea depresivă, se poate spune că bebeluşul (sau copilul, sau adultul) maschează situaţia internă de ansamblu sau permite ca asupra ei să descindă un control, o ceaţă sau un abur, sau un fel de paralizie. Acest lucru face posibilă o ridicare treptată (în decursul timpului) a controlului magic, astfel încât separarea să se poată petrece bucăţică cu bucăţică, până când, în cele din urmă, este posibil că starea să se disipeze şi lumea interioară a copilului să revină la viaţă.

Există şi alte tipuri de depresie, acelea ale persoanelor schizoide. Acestea au legătură mai degrabă cu depersonalizarea, decât cu mecanismul mai normal al controlului magic cu scop tămăduitor. Starea de depresie pe care o descriu este strâns legată de doliul normal şi de întregul subiect al reacţiei la pierdere.[26] La început, în pruncie, înţărcarea este ceva ce capătă un înţeles după (şi nu înainte) ce bebeluşul a atins poziţia depresivă.

Ca rezultat al succesului acţiunilor şi ideilor reparative, bebeluşul devine mai îndrăzneţ în a permite noi experienţe pulsionale; inhibiţia este diminuată, iar acest lucru duce la rezultate mai bogate ale experienţelor pulsionale. Există astfel o sarcină mai grea pentru următoarea fază digestivă sau contemplativă, dar cu norocul unei îngrijiri materne continue şi personale apare o capacitate mai mare de reparare, şi astfel urmează un nou nivel al libertăţii experienţelor pulsionale. De fapt se stabileşte un cerc benign care formează fundamentul vieţii bebeluşului pentru o perioadă considerabilă de timp.

Se poate aprecia cu uşurinţă cât de importantă este, în acest stadiu, continuitatea relaţiei dintre bebeluş şi

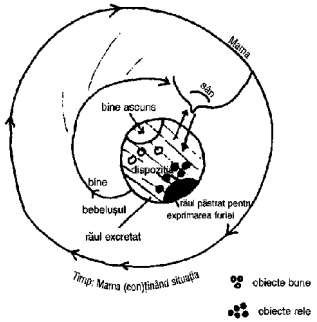
---

26 Această parte a teoriei psihanalitice a fost dezvoltată pornind de la lucrarea lui Freud Doliu şi melancolie.

mama reală (sau substitutul mamei). În cadrul unei instituţii, unde „mama” care hrăneşte bebeluşul dimineaţa nu este aceeaşi cu „mama” care-l îmbăiază şi gestionează seara, capacitatea de zi cu zi a bebeluşului de a face reparaţie se pierde, iar cercul benign nu se stabileşte. Încă şi mai rău, acolo unde însăşi hrănirea este impersonală şi mecanică (iar acest lucru se poate întâmpla chiar în căminul real al unui copil), nu există loc pentru dezvoltarea care este descrisă în diagrama 1 din pagina următoare.

Dezvoltarea capacităţii de îngrijorare este deci o chestiune complexă şi depinde de o relaţie personală continuă între un bebeluş şi o figură maternă.

Trăsătura notabilă a acestei teorii a cercului benign în cadrul poziţiei depresive este că explică în mod satisfăcător faptul că, în cazul unei dezvoltări sănătoase, pentru individul aflat în dezvoltare este posibilă o recunoaştere relativ completă a factorilor agresivi şi distructivi din iubirea pulsională şi fantasmele ei. Trebuie reamintit că în pruncie există o capacitate foarte limitată pentru reparaţia propriu-zisă în afara ac



Diagrama!

ceptării prompte de către mamă a darului simbolic, în comparaţie cu capacitatea adulţilor de contribuţie socială prin intermediul muncii. În acelaşi timp,

impulsurile agresive şi distructive ale bebeluşilor nu sunt cu nimic mai prejos decât cele ale adulţilor. Din acest fapt s-ar putea deduce, dacă nu s-ar şti deja, că bebeluşii sunt mai dependenţi decât adulţii de iubirea pe care le-o acordă ceilalţi, astfel încât un zâmbet sau un simplu gest are un efect echivalent cu munca de o zi a unui adult.

Pentru a repeta ceea ce s-a spus până aici, nu este posibil pentru o fiinţă umană să reziste distructivităţii inerente din relaţiile umane, adică din iubirea pulsională, decât printr-o dezvoltare treptată asociată cu experienţa reparaţiei şi restituţiei. Dacă apare o întrerupere în cercul benign, atunci

(1) pulsiunea (sau capacitatea de a iubi) trebuie să devină inhibată

(2) trebuie să reapară o disociere între bebeluşul care este excitat şi acelaşi bebeluş atunci când este liniştit

(3) sentimentul de liniştire nu mai este disponibil şi

(4) capacitatea de joacă constructivă (şi munca echivalentă) se pierde.

De fapt, potenţa şi acceptarea potenţei nu trebuie descrise doar în termenii dezvoltării pulsionale. În descrierea teoretică a dezvoltării capacităţii sexuale este insuficient să se vorbească doar în termenii progresiei predominării pulsionale, de vreme ce speranţa cu privire la recuperarea după vinovăţia datorată ideilor distructive este un element indispensabil în potenţă.[27]

Natura impulsurilor şi ideilor distructive va fi discutată ulterior. Impulsul primitiv de iubire este probabil distructiv ca ţel sau distructivitatea apare datorită frustrărilor inevitabile care interferează cu satisfacţia imediată (vezi pp. 102 – 103, 161 – 164).

Aşa-numita „poziţie depresivă” nu este nicidecum o

---

27 Vezi Klein [1932,1934]; de asemenea, D.K. Henderson şi R.D. Gillespie: [1940]: potenţa (temporar) suspendată datorită stării depresive.

chestiune care-i afectează doar pe teoreticieni sau pe psihoterapeuţi. Părinţii şi învăţătorii sunt foarte preocupaţi de acest proces al stabilirii cercului benign. Este adevărat că procesul debutează când bebeluşul are numai câteva luni şi atunci mama este aceea care conţine situaţia originală, făcând asta în mod natural şi bine, de fapt abia conştientizând ce face. Dar acest mecanism vital al creşterii continuă, iar învăţătorul care-i oferă copilului uneltele şi tehnicile necesare pentru joacă şi munca constructivă şi care furnizează un ţel efortului prin aprecierea personală se află în aceeaşi poziţie de importanţă sau necesitate, ca şi cel care are grijă de un bebeluş. Cel care îngrijeşte copilul, şi învăţătorul aproape în aceeaşi măsură este disponibil pentru a primi gestul spontan de iubire al bebeluşului, care neutralizează îngrijorarea, remuşcările, vinovăţia acestuia, ţinând de ideile care apăruseră în apogeul experienţei pulsionale[28] (Acest lucru va fi reexaminat în cadrul studiului influenţelor mediului, p. 183 şi urm.)

În urma acceptării poziţiei depresive (oricum ar fi numită ea) în cadrul construcţiei teoretice, emerg noi şi importante moduri de a continua descrierea naturii umane.

Înăuntrul bebeluşului, sau lumea lui interioară, sau realitatea internă, este alcătuit din trei elemente:

(1) Experienţele pulsionale propriu-zise a. Satisfăcătoare bine b. Nesatisfăcătoare, complicate de furie în faţa frustrărilor rău

(2) Obiecte încorporate (experienţa pulsională)

a. Din iubire bine b. Din ură rău

(3) Obiecte sau experienţe încorporate în mod magic

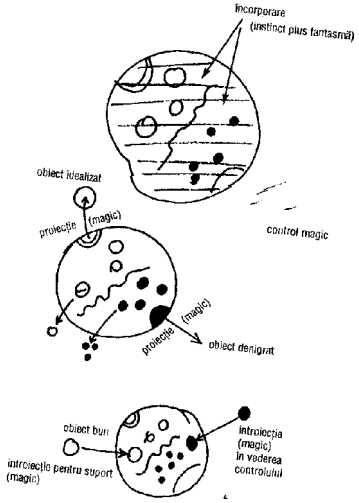
---

28 Pentru a fi corect faţă de anumiţi psihanalişti, trebuie să spun că mulţi nu sunt în favoarea folosirii conceptului de poziţie depresivă. Este bine cunoscut că un analist de frunte (Edward Glover) este atât de convins că ideea de poziţie depresivă reprezintă un fals pas înainte, încât s-a retras din Societatea Psihanalitică Britanică, deşi şi-a păstrat titlul de membru direct al Societăţii Psihanalitice Internaţionale.

a. Pentru control rău potenţial b. Pentru folosirea lor în vederea îmbogăţirii sau pentru control bine potenţial

Nicio schiţă nu este satisfăcătoare decât temporar pentru persoana care o face, şi fiecare cititor care este înclinat să procedeze astfel va face o schiţă care descrie în mod particular propriul punct de vedere unic asupra subiectului în discuţie.

Iată nişte schiţe pe care eu le consider folositoare în muncă practică (diagrama 2 din pagina următoare).



agrama 2

Se va observa că rezultatul încorporării funcţionale a „sânului bun” este reprezentat de o creştere nespecifică, generală a binelui dinăuntru. Pe de altă parte, „sânul bun” introiectat (recognoscibil) este dovada unei idealizări anterioare, iar introiecţia este magică şi nu parte a experienţei pulsionale. Aici avem o lecţie importantă pentru învăţătoare, de vreme ce, dacă are succes în munca ei, nu va putea fi recunoscută în elevii ei – care, ca să spunem aşa, au încorporat-o pe ea şi lecţiile ei şi le vor fi însuşit. Prin comparaţie, poate exista un grad de introiecţie magică a ei şi a celor predate de ea în urma

unei idealizări, iar acest lucru poate părea destul de drăguţ, dar dezavantajul este că elevii nu au crescut în adevăratul sens al cuvântului. În mod obişnuit, într-o clasă există o combinaţie fericită între aceste două feluri de predare şi învăţare.

În timpul perioadei de contemplare (posthrănire) există o îngheţare a pulsiunilor şi o nevoie de control extern asupra ingerinţelor mediului. Întoarcerea către înăuntru din faza hipohondriacă produce vulnerabilitate, iar acest lucru înseamnă că, pentru ca această fază să fie posibilă, trebuie să existe o gestionare îndeajuns de bună.

Înăuntrul unei persoane acţionează nişte forţe teribile atunci când, ca la indivizii sănătoşi, vitalitatea acestora este completă. Pentru a întrezări ceva din sarcina separării care urmează experienţei pulsionale, trebuie să ne referim la munca artiştilor care (datorită excepţionalei lor tehnici şi încrederi în munca lor) devin capabili să rişte aproape întreaga forţă care există în natura umană. Un cvartet de coarde din perioada târzie a lui Beethoven, ilustraţiile lui Blake pentru Iov, un roman de Dostoievski, o istorie politică a Angliei, aceste lucruri ne arată ceva din complexitatea lumii interioare, din întreţeserea dintre bine şi rău, din rezerva de bine, din controlul şi în acelaşi timp completa recunoaştere a răului. Aceste lucruri debutează în plină forţă în cadrul lumii interioare a bebeluşului (localizată de către acesta în burtă), deşi, bineînţeles, este adevărat că în decursul timpului, pe măsură ce experienţa vieţii devine mai bogată, lumea interioară devine şi ea din ce în ce mai bogată în conţinut. Totuşi forţele fundamentale şi conflictul sunt prezente de la începuturi, din momentul în care experienţele pulsionale constituie destinul bebeluşului.

Treptat, din lumea interioară se iveşte un anumit model, se creează ordine din haos. Acest travaliu nu este mintal sau intelectual, ci este o sarcină a psihicului. Este

strâns legat de sarcina digestiei, sarcină care este, de asemenea, efectuată în afara înţelegerii intelectuale. Înţelegerea intelectuală poate apărea după aceea sau nu.

Bebeluşul care a atins o stabilitate în acest stadiu este acum capabil să scape de anumite lucruri, să păstreze altele, să ofere unele din iubire şi altele din ură. De asemenea, datorită proceselor de separare internă, poate fi permisă un fel de continuare a existenţei, dar o existenţă înăuntrul psihicului (imaginat că fiind în burtă). Începând din acest moment creşterea nu mai priveşte doar corpul şi sinele în relaţie cu obiectele atât din afară, cât şi dinăuntru; ci este şi o creştere care se desfăşoară înăuntru, ca un roman ce se scrie continuu, o lume ce se dezvoltă înăuntrul copilului. La indivizii sănătoşi, există o mulţime de posibilităţi de schimburi reciproce între această viaţă din lumea interioară şi lumea exterioară a vieţii şi a relaţiilor. Fiecare o îmbogăţeşte pe cealaltă. (Ce se petrece în cazul sănătăţii imperfecte va fi descris ulterior. Vezi pp. 105 şi urm. Şi 120 şi urm.)

A. Toată dezvoltarea anterioară este considerată ca fiind de la sine înţeleasă:

B. Bebeluşul sau copilul începe, din când în când, să-şi simtă sinele ca fiind de dimensiuni limitate:

C. Şinele devine din ce în ce mai ferm perceput ca o unitate:

D. Un obiect exterior sinelui este simţit ca fiind un lucru întreg:

E. Acest sentiment al întregimii sinelui se referă în acelaşi timp atât la corp, cât şi la psihic, astfel încât în cercul desenat de un copil ca autoportret nu există nicio diferenţiere între corp şi psihic:

(Presupun tot timpul existenţa unei persoane-mamă care conţine situaţia, zi de zi, săptămână de săptămână.)

F. Adăugaţi acestei întregimi de tip spaţial o tendinţă

similară către unificarea sinelui în timp, către unirea trecutului, prezentului şi viitorului:

G. Scena este acum pregătită pentru o relaţie care are trăsături noi, noi prin aceea că bebeluşul sau copilul a devenit capabil să aibă experienţe şi să fie modificat de ele, păstrându-şi în acelaşi timp integritatea personală, individualitatea, fiinţa.

H. Fazele excitate din cadrul relaţiilor, implicând pulsiuni, testează structura nou-dezvoltată, şi mai ales atunci când bebeluşul care este într-o stare liniştită între excitaţii contemplă rezultatele acţiunilor şi ideilor excitate.

I. Bebeluşul devine *îngrijorat*, şi asta în două feluri:

1. Îngrijorare cu privire la obiectul iubirii excitate.

2. Îngrijorare cu privire la rezultatele din cadrul sinelui ale experienţelor excitate.

Acestea două sunt interrelaţionate, deoarece doar în măsura în care bebeluşul devine capabil să dezvolte un sine structural, cu o bogăţie interioară, obiectul iubit este simţit şi ca fiind o persoană structurată şi valoroasă.

J. Îngrijorarea cu privire la obiectul iubit apare datorită elementelor lacome, distructive, agresive din cadrul impulsului primitiv de iubire care devine treptat asimilat în sinele întreg (alăturându-se în timp personalităţii). Acum copilul devine responsabil pentru ceea ce s-a întâmplat în decursul ultimei mese şi pentru ceea ce se va întâmpla în decursul următoarei.

Impulsul primitiv era neîndurător, din punctul de vedere al observatorului. Pentru bebeluş, impulsul primitiv este preîndurare, şi va fi perceput drept neîndurător abia când copilul se integrează în cele din urmă ca persoană întreagă răspunzătoare şi priveşte înapoi. De la dobândirea integrării (şi nu mai devreme) copilul controlează impulsurile pulsionale datorită neîndurării ameninţătoare, care produce vinovăţie intolerabilă – adică recunoaşterea elementului distructiv din cadrul ideii

excitate primitive rudimentare.[29]

Vinovăţia cu privire la impulsurile de iubire primitive este un succes al dezvoltării; este prea greu de îndurat pentru bebeluşul uman altfel decât printr-un proces treptat ulterior stabilirii cercului benign care a fost descris. Chiar şi aşa, impulsul primitiv de iubire continuă să furnizeze fundamentul dificultăţilor inerente în viaţă, adică dificultăţilor care aparţin oamenilor sănătoşi, şi mai mult celor sănătoşi decât celor care nu au fost capabili să atingă „poziţia depresivă” în dezvoltare, aceea care face posibilă experienţa completă a îngrijorării. Psihoticii, cei cu tulburări derivate dintr-un nivel încă şi mai timpuriu şi mai fundamental, îşi au dificultăţile şi problemele lor, iar acestea sunt în mod special enervante din cauza faptului de a nu fi inerente, de a nu fi atât parte din viaţă, cât parte dintr-o luptă de a ajunge la viaţă – tratamentul reuşit al unui psihotic îi permite pacientului să *înceapă* să trăiască şi să înceapă să experimenteze dificultăţile inerente vieţii.

Probabil cea mai mare suferinţă din lumea umană este suferinţa persoanelor normale sau sănătoase, sau mature. Acest lucru nu este în general recunoscut. Cu siguranţă, observarea perplexităţii, nenorocirii şi durerii

---

29 Este considerat de mulţi că impulsul excitat primar nu este distructiv, ci că distructivitatea intră în elaborarea imaginară prin furia la frustrare. Partea esenţială a acestei teorii totuşi este cea privitoare la omnipotenţa bebeluşului, astfel încât rezultatul este acelaşi. Bebeluşul devine furios, de vreme ce adaptarea la nevoi nu este niciodată completă. Cu toate acestea, eu personal consider că această teorie, deşi este corectă, nu este fundamentală, de vreme ce această furie la frustrare nu este destul de timpurie. în prezent, consider că este nevoie să presupun că există un impuls în mod primar agresiv şi distructiv, care. este de nedistins de iubirea pulsională adecvată celui mai timpuriu stadiu al dezvoltării bebeluşului.
[Adăugat] 1970. N.B. Acesta este motivul pentiu care nu am putut să public această carte. Chestiunea s-a rezolvat de la sine, pentru mine, în „Folosirea obiectului" [în D.W. Winnicott: Playing and Reality].

manifeste într-un spital de boli mintale ne îndrumă greşit. Cu toate acestea, este uzual să fie evaluate gradele de suferinţă în acest mod superficial.

K. Îngrijorare cu privire la rezultatele din cadrul sinelui ale experienţelor pulsionale.

Conceptul de refulare, care este esenţial în teoria naturii umane formulate în funcţie de evoluţia predominării pulsionale, devine acum ceva ce putem ilustra folosind propria imaginaţie a bebeluşului. Putem afirma că anumite obiecte încorporate, sau relaţii între obiecte, sau anumite experienţe introiectate devin (ca şi cum ar fi) *închistate*, înconjurate de forţe defensive puternice care le împiedică să devină asimilate sau să capete o existenţă liberă printre celelalte lucruri care sunt înăuntru.

Bebeluşul sau copilul nu se eliberează niciodată de îndoiala cu privire la sine, de vreme ce această sarcină de a separa şi redistribui nu este niciodată terminată, şi ce se întâmplă să fie terminat este deranjat de următoarea experienţă pulsională.

Deci există o îmbogăţire a fantasmelor cu fiecare nouă experienţă şi o fortificare a sentimentului realităţii experienţei. Atunci când corpul este implicat în experienţe, folosim termeni ca „încorporare” şi „excreţie” şi „evacuare”, termeni care presupun o funcţie corporală şi o elaborare psihică. Atunci când pericolul dinspre situaţia internă este mare, nu pot fi aşteptate posibilităţi oferite de realitatea externă pentru exprimarea funcţională sau pulsională, iar atunci trebuie folosite cu atât mai multe procese magice, pentru care folosim termenii de „introiecţie” şi „proiecţie”.

mentul în care această teorie a fost avansată pentru

prima oară[30] că persecutorul începe să persecute încă din burtă şi de fapt îşi derivă calitatea persecutorie din impulsul sadic oral.

Se întâmplă adesea că părinţilor (şi doctorilor şi asistentelor) să le fie teamă de fecale. Această teamă se manifestă printr-o evacuare persistentă a rectului copiilor, fie cu ajutorul laxativelor, fie prin supozitoare sau spălături. Unui copil astfel tratat nu îi rămâne nicio posibilitate să accepte ideile persecutorii într-un mod natural. De asemenea, acţiunile părinţilor pot uşor produce o suprastimulare anală; astfel, anusul devine supraaccentuat ca organ erotic şi preia erotismul care aparţine gurii. În aceste condiţii, anusul poate deveni mai important pentru proprietar ca organ receptiv excitabil decât în calitate de canal de trecere şi evacuare a materialului care nu mai este folositor şi a devenit potenţial persecutor.

Bine cunoscutul interes al copilului pentru fecale, şi deci pentru substitute ale acestora, pentru destinul fecalelor şi pentru sistemele de drenare în general derivă din calitatea potenţial persecutorie a fecalelor. Un echivalent al acestor lucruri poate fi exprimat şi în termenii funcţiei urinare.

În cele din urmă, când se instalează funcţia genitală completă, sperma poate fi echivalată cu o potenţială persecuţie; dacă se întâmplă astfel, trebuie evacuată ori va răni corpul pe dinăuntru. Atunci sperma este rea şi în niciun caz nu-l poate face pe bărbat să se simtă capabil să determine conceperea unui copil înăuntrul femeii iubite (chiar şi atunci când în realitate acest lucru s-a întâmplat, iar copilul sănătos rezultat se află acolo, în faţa ochilor lui). Această tulburare într-un grad scăzut explică preocuparea unui bărbat sănătos cu privire la femeia pe care a

30 (J.H.W.van Ophuijsen: (1920) On the Origin of the Feeling of Persecution.]

impregnat-o, cu alte cuvinte, sentimentul lui de paternitate.

În cazul femeii, echivalentul acestor lucruri este sentimentul că bărbatul nu are nimic de oferit, decât elementele persecutorii de care se teme, iar ea nu poate decât să încerce să nu fie folosită în eforturile bărbatului de a scăpa de lucrurile rele.

Lumea interioară poate fi acum percepută ca putând deveni infinit de bogată, dar probabil nu infinit de complexă; complexitatea este ceva ce se dezvoltă în mod natural şi care are o temelie simplă.

Examinarea modalităţilor în care lumea interioară este afectată de psihoterapia de un fel sau altul poate arunca o lumină interesantă asupra funcţionării lumii interioare şi asupra relaţiei individului cu aceasta.

„Poziţia depresivă” prezintă interes pentru toţi cei care se ocupă cu fiinţa umană, indiferent de vârstă. De asemenea, aceste chestiuni care ţin de dezvoltarea emoţională foarte timpurie nu reprezintă numai fenomene de interes teoretic, ci simt chestiuni care reprezintă şi vor reprezenta sarcina fiecărei fiinţe umane de-a lungul întregii ei vieţi. Sarcinile rămân aceleaşi, dar, pe măsură ce fiinţa umană creşte şi se dezvoltă, există din ce în ce mai mult un individ angajat în adevărata luptă care este viaţa.1 2

Capitolul 2
Dezvoltarea temei lumii interioare

A.

INTRODUCERE v în această descriere, lumea interioară este lumea personală, în măsura în – care, în fantasmă, este menţinută între graniţele Eului – şi înăuntrul pielii corpului. Această lume internă poate fi acum examinată ca un lucru în sine, cu toate că în viaţă,

bineînţeles, lumea interioară a unei persoane este tot timpul subiect al unor schimbări în funcţie de evenimentele din cadrul relaţiilor externe ale acelei persoane şi în funcţie de impulsurile pulsionale care-şi ating punctul culminant, sau care reuşesc doar parţial, sau care eşuează complet în a obţine gratificarea.

Lumea interioară ajunge să posede o stabilitate proprie, dar schimbările din ea sunt legate de experienţele întregului sine din relaţiile externe. Experienţele nesatisfăcătoare[31] duc la existenţa şi fortificarea lucrurilor şi forţelor, percepute ca fiind rele înăuntru. Acestea, până în momentul în care vor fi legate, controlate sau eliminate, sunt persecutorii interni. Copilul cunoaşte existenţa şi ameninţarea lor prin intermediul unui sentiment de durere ori boală sau al scăderii pragului sensibilităţii la disconfort senzorial.

Grupările de persecutori care constituie o prea mare ameninţare şi care nu pot aştepta excreţia (legată de experienţa pulsională) trebuie eliminate prin proiecţie, adică în mod magic. Dacă există ceva ce poate fi perceput ca fiind rău în lumea externă imediată, acest lucru va deveni persecutorul, iar sistemul paranoid cil copilului va fi ascuns în reacţia la ameninţarea reală externă. Dacă nu este disponibil nimic rău, atunci copilul va trebui să halucineze un element persecutor şi să delireze despre rezultatele persecuţiei. Indivizii învaţă treptat cum să determine lumea să-i persecute, astfel încât ei să poată obţine uşurare în privinţa persecuţiei interne fără nebunia unui delir.

Este interesant de observat cât de timpuriu poate modul paranoid de viaţă să se manifeste clinic. Condiţia persecuţiei aşteptate se poate dezvolta după ce un copil a trăit câţiva ani de viaţă fără tendinţe persecutorii evidente;

---

31 înţelesul cuvântului „nesatisfăcător" de aici va fi discutat mai târziu (vezi pp. 134 şi urm. şi 155 şi urm.).

într-un astfel de caz totuşi, va exista o anumită mare traumă pentru a explica schimbarea – o comode, o operaţie mastoidă – o coincidenţă întâmplătoare a doi sau trei factori adverşi. Este totuşi posibil adeseori să se pună un diagnostic cu certitudine încă din pruncie.

Un punct de debut există de obicei în mod clar în anamneză, dar sensibilitatea la persecuţie, suspiciunea şi ostilitatea sunt nu rareori prezente încă de la începuturi, atunci când mama a eşuat (probabil nu din cauza unei greşeli proprii) în prima stabilire a unei relaţii şi în primele eforturi de a prezenta bebeluşului lumea.1

Mulţi bebeluşi care prezintă ceva ce seamănă cu o dispoziţie hipersensibilă sunt aduşi la o anumită încredere în lume prin intermediul unei îngrijiri prelungite şi excepţional de adaptate; şi este adesea posibil, chiar şi în cazul copiilor mai mari cu aşteptări persecutorii, să se determine o ameliorare a stării printr-o gestionare specializată.

În psihoterapie, schimbările profunde necesare apar datorită eliberării sadismului oral de sub felulare; acest lucru se

(2) îndoiala obişnuită, sănătoasă, starea conştiinţei de sine ulterioară unei experienţe pulsionale, înainte ca o perioadă de timp şi contemplare să facă posibilă separarea binelui de rău şi crearea unui model temporar de gestionare a fenomenelor şi forţelor şi obiectelor interne.

(3) Depresia care apare ca stare atunci când îndoiala cu privire la fenomenele interne este prea mare, astfel încât este adoptată ca apărare o diminuare necontrolată a întregii vieţi a lumii interioare. Acest lucru este o exagerare a punctului (2), ducând până la o stare patologică.

Trebuie observat că există şi alte înţelesuri extrem de

importante ale termenului clinic de „depresie”, iar conceptul de aşa-numită „poziţie depresivă” ca stadiu al dezvoltării normale nu este util în elucidarea depresiei (de exemplu) care ţine de depersonalizare.

Depresia în pruncie este un fenomen clinic care a fost bine descris şi nu este neobişnuit; există totuşi anumite maladii somatice destul de rare care trebuie luate în considerare în cadrul diagnosticului diferenţial (maladia lui Pink1, de exemplu).

Klein (din punctul meu de vedere) nu a afirmat că bebeluşii devin deprimaţi în mod normal, adică nu intră într-o stare clinică de depresie, cu toate că ştia că, în condiţiile unei boli, poate să se întâmple aşa. A susţinut că totuşi capacitatea de a deveni deprimat, de a avea o depresie reactivă, de a face de

tiu unei pierderi nu este ceva înnăscut şi nici nu este o boală; apare ca rezultat al unei creşteri emoţionale sănătoase, şi există un moment în cadrul dezvoltării oricărui bebeluş sănătos când se poate spune că această capacitate a apărut. Denumirea de „poziţie depresivă în dezvoltarea emoţională” a fost acordată acestui stadiu al dezvoltării, şi dacă se poate găsi o denumire mai bună, se va folosi aceea. Ceea ce este important este noua capacitate a bebeluşului sau a individului de a accepta responsabilitatea pentru ţelul distructiv din impulsul total de iubire, incluzând furia la frustrarea care este inevitabilă din pricina omnipotenţei cererilor bebeluşului.

Pentru o dezvoltare sănătoasă sunt esenţiale o anumită seriozitate, o îndoială cu privire la sine, o nevoie de perioade de contemplare şi o predispoziţie la faze temporare de disperare. Aceste condiţii pot fi transformate temporar într-un fel de contrariu, ca o vacanţă care este opusul muncii.

La indivizii sănătoşi, depresia este potenţială şi se află în miezul personalităţii şi este o dovadă a sănătăţii. Această depresie se manifestă printr-o anume capacitate pentru seriozitate şi, de asemenea, prin îndoieli care pot lua cu uşurinţă forma unei vagi sănătăţi imperfecte fizice. Se manifestă şi sub forma unei depresii negate, ascunsă într-o fericire şi o activitate fără odihnă şi o vioiciune generală, care sunt asociate în mintea noastră cu ideea copilăriei timpurii. Astfel, în mod normal, în totalitatea vieţii unui copil, oscilaţia maniaco-depresivă se regăseşte în du-te-vino-ul vioiciunii copilăriei punctat de momente de nefericire acută sau în frustrarea întreruptă de faze de bucurie acută.

Starea deprimată apare rar ca atare, cu excepţia cazurilor speciale ale copiilor cu carenţe afective. În mod obişnuit, depresia se ascunde sub un anumit tip de indispoziţie, care este întâmpinată de solicitudinea mamei. Negarea depresiei se ascunde sub exagerarea vioiciunii. Cel irtai frecvent diagnostic într-o clinică pediatrică este cel de stare de „agitaţie anxioasă comună”, care corespunde condiţiei de „hipomanie” la adulţi şi care semnalizează ilegarea depresiei centrale. Se poate spune că este ameninţată dobândirea capacităţii de depresie, iar copilul reuşeşte să menţină capacitatea prin organizarea negării ei Alternativa ar fi o serioasă reîntoarcere în dezvoltarea emoţională, până la o stare care există înainte de integrare, şi deci înainte de dobândirea „poziţiei depresive”; cu alte cuvinte, nebunie.

Când observăm copii mai mari, întâlnim boala maniaco-depresivă organizată, care seamănă mult mai mult cu cea care apare la adulţi; dar aici întâlnim ceva neobişnuit, şi anume boală organizată. Agitaţia anxioasă comună (hipomania) este (prin comparaţie) o stare clinică ce se poate manifesta la aproape orice copil normal şi nu posedă nicio limită netă între ea şi bine cunoscută

predispoziţie din pruncie şi copilăria timpurie, o perioadă din viaţă în care lacrimile sunt amestecate cu mare bucurie, iar bucuria este temperată de supărare.

Faptul central negat în apărarea maniacală este moartea din lumea interioară sau o apatie atotcuprinzătoare; iar accentul, în apărarea maniacală, este pus asupra vieţii, vioiciunii, negării morţii ca realitate fundamentală a vieţii.

O înţelegere a relaţiei dintre oscilaţiile stărilor şi miezul central al capacităţii pentru îngrijorare din personalitate este foarte valoroasă în înţelegerea comportamentului obişnuit al copiilor, atât acasă, cât şi la şcoală.

Capitolul 3

Diferite tipuri de material psihoterapeutic

A

W'într-o psihanaliză, terapeutul este tot timpul la pândă h pentru indicaţii cu privire la sursa principală a mateistnalului prezentat pentru interpretare.[32] În acest punct, îi poate fi de ajutor cititorului o trecere în revistă a tipurilor de material prezentat de pacienţi în analiză. Aceste tipuri pot fi separate, deşiul conducerea unui tratament, analistul este întotdeauna pregătit pentru un amestec al acestora. În primul rând este necesară indicarea modului în care debutează un tratament, astfel încât să devină net diferenţiat de o terapie prin joc şi de activităţile de grup de toate felurile. Într-o psihanaliză (în afara analizei adaptate nevoilor unui pacient psihotic), tratamentul începe în momentul în care este făcută prima interpretare care conştientizează un anumit element din materialul prezentat, care era capabil de prezentare, şi cu toate acestea încă nu era complet acceptat de către

32 Notă pentru revizie: psihanaliza începe cu pafcientul + dezvoltă temele procesului inconştient de cooperare, creşterii şi folosirii intimităţii, dezvăluirii de sine, „surprizelor".

pacient.

De exemplu, un băieţel de 3 ani ia trei cărămizi şi face un tunel, iar apoi ia două trenuri şi le face să se ciocnească în tunel; interpretare: înăuntrul tău oamenii se întâlnesc, şi tu îi (con) ţii şi îi faci să se lovească sau îi menţii la distanţă; îmi spui despre mama şi tatăl tău şi despre modul în care se iubesc sau se ceartă şi tu pari dat complet la o parte. (Băieţelului i s-a declanşat un atac acut de astm atunci când a lovit trenurile între ele, iar interpretarea, oferită în acest caz la trei minute de la începutul analizei, a calmat imediat atacul de astm.) Se va observa că aceasta nu a fost o interpretare a transferului; ca analist, pur şi simplu am profitat, în acest moment timpuriu, de încrederea în oamenii pe care băieţelul a adus-o cu el. Băieţelul a adus în tratament anumite aşteptări bazate pe atitudinile părinţilor cu care era deja obişnuit şi de asemenea probabil influenţat de către ceea ce îi fusese spus cu privire la venirea lui la tratament. Cu toate acestea, o dată ce am făcut această interpretare, tratamentul a început şi tot materialul ulterior a fost influenţat de faptul că eu am intrat în viaţa băieţelului ca o fiinţă umană care poate exprima lucrurile în cuvinte, care se poate descurca în mod obiectiv cu situaţia care este plină de sentimente, care poate tolera un conflict şi care poate înţelege ce este gata în pacient să devină conştient şi deci acceptabil ca fenomen al sinelui.

În acest caz particular, dacă nu s-ar fi făcut interpretarea, copilul ar fi mers acasă cu atacul de astm, iar tratamentul ar fi eşuat de la început. În multe cazuri totuşi, nu există nicio grabă; copilul are o idee despre venirea la tratament, care poate fi folosită de către analist în timp ce adună informaţii treptat înainte de a decide ce tip de interpretare vă pune cel mai bine în mişcare travaliul profund al tratamentului.

Cooperarea pacientului este în principal inconştientă,

dar tipul de material prezentat depinde de limbajul analistului. Pacientul (indiferent cât de mic) apreciază modul în care analistul lucrează cel mai uşor şi poate fi cel mai uşor păcălit.

Materialul unei analize (de adulţi sau de copii) poate fi în linii mari clasificat în tipuri:[33]

(1) Relaţii externe ca între persoane întregi.

(2) Mostre ale lumii interioare şi variaţii pe tema vieţii fantasmatice plasate fie înăuntru, fie în afară.

(3) Material intelectualizat în termeni în care poate fi efectuat un travaliu, dar acest travaliu trebuie repetat sub altă formă, cu sentimente în el, în relaţia de transfer.

(4) Material indicând în principal slăbiciunea structurală a Eului, şi ameninţarea pierderii capacităţii de relaţie, şi ameninţarea derealizării şi depersonalizării.

(1) Analiza acestui material se desfăşoară în linia limbajului primei mele secţiuni, cu interpretări ale conştientului în stare născândă din situaţia de transfer; materialul analizei este reprezentat de experienţele pulsionale şi fantasmele care sunt elaborate în jurul funcţiei somatice, iar ţelul analistului este o diminuare cantitativă a travaliului refulării. Condiţiile speciale ale cadrului analitic îi permit pacientului să organizeze şi să socializeze noul potenţial care rezultă atunci când travaliul refulării este diminuat.

Ca un exemplu pentru acest tip de material, iau un detaliu din analiza aceluiaşi băieţel. Într-o anumită ocazie, a urcat treptele până la cabinet, avertizându-mă „Eu sunt Dumnezeu”. Am ştiut deci că trebuia să mă aştept să fiu folosit ca persoană rea care ar trebui să fie pedepsită. Intensitatea sentimentului era teribilă. În curând manevrase situaţia de asemenea manieră, încât stătea pe o masă în mijlocul camerei, iar eu mă aflam destul de departe de el ca să poată să mă păcălească. În pofida

33 Notă pentru revizie: adaugă clasificarea în funcţie de mediu.

atenţiei speciale pe care a aveam, m-am trezit lovit între ochi cu un băţ pe care-l găsise pe undeva. Se identificase cu o persoană puternică şi strictă din lumea sa interioară şi mă folosise pe mine pentru a se reprezenta pe sine ca fiu în triunghiul oedipian, iar eu trebuia să fiu omorât. Aici din nou trebuia făcută rapid o interpretare, înainte să apară consideraţii secundare, cum ar fi ideea că ar trebui să îi pară rău pentru că mă rănise. În materialul propriu-zis nu există loc pentru supărare sau vinovăţie. Material similar de tip mai puţin anxios îmi arătase înţelesul exact a ceea ce se întâmplase în acest moment tensionat, iar în alte ocazii rolurile fuseseră inversate, astfel încât anxietatea lui fusese foarte mare. Se poate spune despre acest material, ca despre oricare altul, că într-o anumită măsură reprezenta o mostră a vieţii lumii interioare. Cu toate acestea, în principal reprezenta o expresie a fantasmei inconştiente din cadrul relaţiei interpersonale în care atât eu, cât şi el, eram persoane întregi.

(2) Voi lua ca exemplu al materialului ţinând de lumea interioară prezentat în analiză joaca unui copil în care este folosită o masă, iar joaca este pentru moment îngrădită de limitele stabilite de masă. Este de la sine înţeles că există o întreagă lume nereprezentată în această mostră. Cu toate acestea, există o bucată de viaţă exprimată în această mostră ca şi cum s-ar scrie un capitol al unui roman. Avem personaje bune şi rele, ca şi reprezentanţi ai tuturor mecanismelor de apărare caracteristice lumii interioare a unui copil care a atins integrarea şi a preluat responsabilitatea pentru colecţia de amintiri şi sentimente şi pulsiuni care constituie sinele. Poate că se întâmplă lucruri violente şi limitele simt încălcate, dar fragmentarea limitelor este importantă doar ca fenomen în sine. Adesea câte un copil va întuneca oarecum cabinetul, şi va fi relativ evident că analistul se va afla înăuntrul lui, şi se va afla acolo jucând un anumit rol,

iar apoi un altul, în funcţie de îndrumările copilului. Lumea este condusă de magie, iar controlul magic este reprezentat de îndrumările verbale ale copilului care controlează analistul şi transfigurează obiectele din cameră şi modifică regulile în funcţie de capriciile lui. Când cabinetul este transformat în acest fel, astfel încât pereţii să reprezinte limitele Eului copilului, într-o anumită măsură şi lumea exterioară este modificată prin aceea că este exclusă. Nu există nicio tranziţie facilă de la înăuntru înspre în afară, iar sfârşitul şedinţei devine o chestiune ce necesită o gestionare abilă. În cazul unui copil retras, analistul intră într-o lume care este benignă în mod artificial, forţele şi obiectele maligne fiind plasate în afară. Într-un astfel de caz, analistul este prins într-o serie nesfârşită de acţiuni magice, iar copilului i se pare ciudat că analistul nu ştie ce se aşteaptă de la el. Copilul poate zbura, şi bineînţeles că de la analist se aşteaptă să poarte copilul în jurul camerei şi să-l depună sus în cuibul de pe dulap.

În afara cabinetului, în acest caz, se află toate forţele persecuţiei stând şi aşteptând, iar cel mai mic zgomot poate cauza teroare. O intruzie accidentală în cabinet a unei terţe persoane poate fi dezastruoasă, iar sfârşitul şedinţei necesită un tratament foarte special. Acest material din lumea interioară este afectat de prezenţa analistului înăuntrul lui, mai ales în măsura în care analistul devine capabil să înţeleagă foarte repede ce este necesar, şi astfel este capabil să acţioneze conform nevoii copilului de control magic. Analistul care păstrează un grad de obiectivitate şi un sentiment al realităţii pe care copilul le-a pierdut, în timp ce joacă diverse roluri într-un mod foarte sensibil în funcţie de nevoile copilului, recunoaşte atât nevoia de magic a acestuia, cât şi nevoia de fapte ce aparţin realităţii exterioare. Prins în acest material al lumii interioare, analistul are un domeniu

limitat pentru interpretarea fenomenelor pe care le întâlneşte. Cu toate acestea, în cursul şedinţei există ocazii în care detalii ale acestei lumi interioare pot fi legate de fenomene ale relaţiilor externe ale copilului, fie din viaţa pulsională a copilului ca fiinţă umană întreagă, fie din viaţa pe care copilul a trăit-o în ultimele 24 de ore şi a introiectat-o.

Abia atunci când se joacă cu un copil care prezintă acest tip de material, analistul înţelege insuficienţa termenului de „fantezie”, o insuficienţă pe care analiştii au încercat să o ocolească folosind termenul de „fantasmă” pentru a sugera calitatea inconştientă a acesteia.[34] Acest lucru nu este totuşi satisfăcător, mai ales în măsura în care fantezia nu este în întregime inconştientă. Termenul de „realitate psihică” exprimă înţelegerea analistului că fantezia prezentată de către pacient este reală în felul ei propriu şi este foarte îndepărtată de ceea ce se numeşte fantasmare[35], care până la o anumită limită este sub control conştient şi din care elementele nedorite sunt cernute. În materialul realităţii psihice nu este loc pentru negare, de vreme ce materialul care este eliminat trebuie totuşi plasat undeva.

(3) Un exemplu de material intelectualizat ar fi fazele dintr-o analiză în care un copil, la fel ca un adult, aduce vise, pune întrebări şi se aşteaptă la o discuţie obiectivă a situaţiei. În unele analize, travaliul este efectuat în principal în aceşti termeni, mai ales în cazul adulţilor şi adolescenţilor. Chiar şi copiii mici îl folosesc pe analist în acest mod din când în când, dar acest travaliu este un travaliu pregătitor şi foloseşte exprimarea mai directă care apare treptat şi evident în jocul copilului mic. Diferenţa dintre analiza unui copil mic şi cea a unui adult este că, în

---

34 în engleză, în original, primul termen este „fantasy", iar al doilea „phantasy". (N. (,)

35 în engleză, în original „fantasying". (N. t.)

cazul copilului mic, cea mai mare parte a punerii în act se manifestă sub forma jocului din cadrul şedinţei, în timp ce în cazul adultului punerea în act se poate manifesta aproape în întregime în viaţa adultului exterioară analizei, travaliul analizei efectuându-se verbal. Analistul este pregătit totuşi pentru copilul mic din orice adult, aşa cum este pregătit şi pentru adultul din orice copil mic.

care-mi fusese pacientă a făcut un şir lung de case, creând un drum care se întindea pe toată lăţimea cabinetului meu. Am putut afla că ceea ce făcea era să unească casa mea cu a ei, care era cam la 10 mile distanţă, şi în acelaşi timp, să unească trecutul cu prezentul şi să indice efortul pe care-l depusese pentru a menţine o relaţie cu mine de-a lungul anului care trecuse de la sfârşitul tratamentului.

Materialul cu privire la sălăşluirea psihicului în corp poate lua multe forme. Uneori corpul este rănit sau devine excitat sau este clar indicat în aranjamentul jocului. Un contact afectuos între pacient şi analist poate deveni o trăsătură, şi trebuie interpretat deoarece este produs cu un anumit scop, la fel ca orice alt material al unei analize. Simularea actului mâncării sau hrana adusă şi consumată în realitate pot avea o anumită semnificaţie sau pot exista avansuri sexuale de tip mai direct. Copilul care a învăţat să se aştepte la o interpretare a materialului prezentat devine uimitor de liber în a produce material de orice fel în funcţie de necesitatea momentană.

Capitolul 4

Anxietatea ipohondriacă

„Oncepţia teoreticianului despre fiinţa umană în termenii unei membrane limitante, cu un înăuntru şi un X. În afară, este în acelaşi timp şi o schiţă pe care bebeluşul ar putea-o face despre sine sau despre orice alt semen. Bebeluşul este preocupat cu privire la înăuntru, şi cu privire la fenomenele dinăuntru la care m-am referit, şi

este preocupat de corp şi de psihic în acelaşi timp. Aici este punctul în care termenul „psihosomatic” începe să aibă un înţeles special.

La început există identitatea simplă a corpului şi a psihicului, din punctul de vedere al copilului. Aici debutează o stare de lucruri în care *sănătatea imperfectă* este identică cu *îndoiala* de sine. Pentru ipohondriacul de orice vârstă, problema este îndoiala, şi nu boala. Este o chestiune de echilibru între forţele „binelui” şi „răului” dinăuntru, iar acest lucru este adevărat atât pentru bebeluş şi pentru suferindul psihosomatic, cât şi pentru mai sofisticatul sceptic filosof.

Sănătatea corpului, în măsura în care este simţită sau observată, este tradusă în fantasmă, şi în acelaşi timp fenomenele fantasmelor sunt simţite în termeni corporali. De exemplu, sentimentul de vinovăţie poate fi exprimat sub forma vărsăturii, sau vărsătura (poate din cauze somatice) poate fi simţită ca trădând sinele intern secret, şi astfel constituindu-se într-un dezastru. În afara bolilor, sănătatea corporală are funcţia de a reasigura în mod activ bebeluşul care face faţă îndoielilor cu privire la psihic; iar sănătatea psihică promovează o funcţionare corporală sănătoasă, cu capacitate pentru ingestie, digestie şi eliminare.

În acest moment al dezvoltării ar trebui să ajungă cercetătorul psihosomatic pentru examinarea rădăcinilor acestui subiect. Aici se află fundamentul studiului vastului subiect al interrelaţiilor dintre maladiile somatice şi psihologice. Psihiatrii pot găsi aici explicaţii pentru multe fenomene ale depresiei şi ipohondriei (şi ale paranoiei-vezi mai încolo) şi, de asemenea, pot găsi în psihiatria infantilă un tip de psihiatrie care este încă relativ puţin stânjenit de fenomenele subsidiare ale maladiilor „mintale” sau ale formaţiunilor secundare „intelectuale”. Psihanaliştii privesc în mod natural în această direcţie cu cel mai mare

interes; în studiul isteriei de conversie se pot câştiga multe din examinarea confuziei originare a bebeluşului dintre corpul propriu-zis şi sentimentele şi ideile despre corp.

Partea a IV-a

DE LA TEORIA PULSIONALĂ LA TEORIA EULUI

Introducere: Dezvoltarea emoţională primitivă

— A

Într-un mod oarecum artificial, voi alege trei limbaje di-l ferite pentru descrierea fenomenelor mai timpurii ale

Jk dezvoltării emoţionale.[36] În primul rând, o să discut

A. Stabilirea unei relaţii cu realitatea exterioară, apoi B. Integrarea sinelui unitate dintr-o stare neintegrată[37]

şi G Sălăşluirea psihicului în corp.

Nu pot găsi nicio secvenţă clară în dezvoltare care să poată fi folosită pentru a determina ordinea descrierii.

Se va observa că, cu cât înaintăm mai mult în studiul nostru asupra fiinţei umane aflate în dezvoltare, cu atât devenim tot mai evident şi profund implicaţi într-un studiu al mediului, care în termenii psihoterapiei înseamnă gestionare. Cu toate acestea, de dragul clarităţii, am decis să tratez acest vast subiect, factorul extern, într-un anumit capitol (pp. 183 şi urm.), de vreme ce, oricare ar fi gradul de importanţă pe care-l atribuim mediului, individul rămâne, şi dă sens mediului.

ste convenabil să se separe unul de xx1 altul două aspecte ale acestui sujhwfbiect, relaţiile „excitate” şi relaţiile „liniştite”.

Tot timpul avem în minte un bebeluş. Haideţi să ne imaginăm o primă hrănire teoretică. Iată bebeluşul cu o

---

36 Vezi D.W. Winnicott: (1945) Primitive Emotional Development, o prezentare alternativă a acestei teme. [Apărută în limba'tomână în De la pediatrie la psihanaliză, Editura Trei, 2003. (N. f.)]

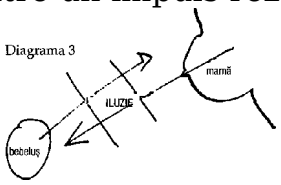
37 Nota pentru revizie: neintegrare # integrare.

tensiune pulsională în dezvoltare. Se dezvoltă o aşteptare, o stare de lucruri în care bebeluşul este pregătit să găsească ceva undeva, neştiind ce. Nu există nicio aşteptare comparabilă în starea neexcitată sau liniştită. Pe la momentul potrivit, mama îşi oferă sânul.1

Dacă mama este capabilă să fie preocupată de sarcina ei, atunci este capabilă să furnizeze cadrul pentru debutul relaţiilor excitate, deoarece este orientată în mod biologic exact către această funcţie.

Această primă hrănire teoretică este de asemenea o primă hrănire propriu-zisă, cu excepţia faptului că în experienţa reală nu este vorba atât de mult despre o singură întâmplare, cât despre o adunare a amintirilor evenimentelor. Se poate spune că, datorită maturităţii extreme a bebeluşului nou-născut, prima hrănire nu poate fi semnificativă ca experienţă emoţională. Cu toate acestea, nu există nicio îndoială că, dacă prima hrănire merge bine, contactul este stabilit, astfel încât modelul hrăniţilor ulterioare să se dezvolte pornind de la această primă experienţă, şi atunci sarcina mamei este extrem de simplificată. *Per contra*, dacă primele hrăniri sunt prost gestionate, atunci se poate ajunge la multe probleme şi, de fapt, se poate descoperi că un model permanent de nesiguranţă a relaţiei a debutat în timpul eşecului timpuriu în gestionare.

În cadrul primei hrăniri (teoretice), bebeluşul este pregătit să creeze, iar mama face posibil că bebeluşul să aibă iluzia că sânul, şi ceea ce sânul înseamnă, a fost creat de către un impuls rezultat în urma necesităţii.



Bineînţeles că noi, ca filosofi sofisticaţi, ştim că ceea

ce a creat bebeluşul nu a fost ceea ce a prezentat mama, dar mama, prin adaptarea ei extrem de subtilă la necesităţile (emoţionale) ale bebeluşului, este capabilă să-i dea bebeluşului această iluzie. Dacă ea nu ar fi îndeajuns de „bună” în această privinţă, bebeluşul nu ar putea în niciun caz să-şi constituie capacitatea de relaţie excitată cu obiectele sau cu oamenii care aparţin lumii pe care noi, ca observatori, o numim lume reală, realitate exterioară sau comună, lume care nu este creată de bebeluş.

Aşadar, la început există o adaptare aproape perfectă la necesităţile bebeluşului, permiţându-i acestuia iluzia de a fi creat obiectele externe. Capacitatea mamei de a se adapta la necesităţile (emoţionale) ale bebeluşului scade treptat, dar acesta are diferite moduri şi mijloace de a face faţă schimbării. Este înşelător să ne gândim la stabilirea sentimentului realităţii la bebeluş în termenii insistenţei mamei asupra externalităţii lucrurilor externe. În limbajul acestui capitol, cuvintele-cheie sunt „iluzia” şi „deziluzionarea”. În primul rând trebuie oferită iluzia, după care bebeluşul are o mulţime de mijloace pentru a accepta şi chiar a folosi deziluzionarea.

Aceste experienţe excitate au loc pe un fundal de linişte, în care există alt tip de relaţie între copil şi mamă. Ne ocupăm de un bebeluş într-o stare de dependenţă totală şi complet inconştient de această dependenţă. Este o simplificare legitimă să presupunem prezenţa mamei, care furnizează mediul care este o parte esenţială a dependenţei. Acolo unde există dependenţă totală, există adaptare perfectă; sau, cu alte cuvinte, odată cu eşecul adaptării materne apare o deformare a proceselor individuale de viaţă ale bebeluşului. Mama era responsabilă de mediu într-un mod fizic înainte de naşterea bebeluşului, iar după naştere ea continuă furnizarea îngrijirii fizice, care reprezintă singurul mod de exprimare a iubirii pe care bebeluşul să-l poată aprecia la

început. Nenumărate repetiţii ale adaptării şi eşecului adaptării au avut loc deja până în momentul în care să putem vorbi despre o primă hrănire teoretică. În momentul acestei prime hrăniri teoretice, bebeluşul posedă deja anumite aşteptări şi anumite experienţe care, într-o măsură mai mare sau mai mică, complică situaţia. Acolo unde complicaţiile nu sunt prea mari, se întâmplă ceva foarte simplu. Sunt greu de găsit cuvintele potrivite pentru a descrie acest eveniment simplu; dar se poate spune că, datorită unei anume vitalităţi a bebeluşului şi prin dezvoltarea tensiunii pulsionale, bebeluşul ajunge să se aştepte la ceva; iar apoi există un impuls de-a căuta în afară care poate lua curând forma unei mişcări impulsive a mâinii sau a unei mişcări a gurii către un obiect presupus. Cred că nu este exagerat să spun că bebeluşul este pregătit să fie creativ. Ar putea halucina un obiect dacă ar avea la dispoziţie material mnezic pentru procesul creaţiei, dar acest lucru nu poate fi postulat în studierea primei hrăniri teoretice. Aici noua fiinţă umană se află în poziţia de a crea lumea. Motivul este necesitatea personală; suntem martori la procesul prin care necesitatea se transformă treptat în dorinţă.

Mama care a fost capabilă să îndeplinească necesităţile mai primitive ale bebeluşului prin simplul fapt al îngrijirii fizice se află acum într-un rol nou. Ea trebuie să vină în întâmpinarea unui moment creativ special şi să înţeleagă ce are de făcut prin propria ei capacitate de identificare cu bebeluşul şi prin observarea comportamentului bebeluşului. Mama aşteaptă să fie descoperită şi nu are nevoie să înţeleagă raţional faptul că trebuie să fie creată de bebeluş pentru a putea să-şi joace rolul şi pentru a fi creată din nou de fiecare bebeluş.

Mama care tocmai a trecut printr-o experienţă epuizantă ea însăşi are o sarcină extrem de dificilă. Ea trebuie să fie pregătită cu un fel de potenţă, astfel încât

nici sânul prea-plin, nici cel complet pasiv să nu fie exact potrivit. Este foarte mult ajutată de experienţa potenţei genitale a bărbatului ei. Într-un fel sau altul reuşeşte să fie pregătită cu o potenţială excitare, ce duce în cele din urmă la producerea de lapte. Nu se va aştepta de la ea să fie extrem de precisă în adaptarea ei în această împrejurare. Din fericire, bebeluşul nu necesită un model exact de comportament. Atunci când toate merg bine, bebeluşul este capabil să descopere sfârcul, iar acest lucru în sine reprezintă un eveniment nemaipomenit, de o cu totul altă factură decât hrănirea. Este foarte important din punct de vedere teoretic că bebeluşul să *creeze* acest obiect, iar ceea ce face mama este să plaseze sfârcul sânului său la locul şi momentul potrivit, astfel încât să fie sfârcul ei cel pe care bebeluşul îl creează. Este, fără îndoială, foarte important pentru mamă că bebeluşul să descopere sfârcul astfel, în mod creativ. O asemenea iniţiere delicată a unei relaţii necesită anumite condiţii şi trebuie admis că (cele mai) potrivite condiţii nu sunt în mod obişnuit prezente datorită tendinţei generale în maternităţi de a se ignora acest lucru care este atât de fundamental şi atât de vital pentru începutul relaţiei bebeluşului cu ceea ce noi deja ştim că este lumea în care el va trăi.

Deşi capacitatea bebeluşului pentru relaţii excitate este construită prin însumarea hrănirilor (şi a altor tipuri de experienţe excitate), totuşi într-o discuţie teoretică prima hrănire reprezintă prototipul, iar în practică eforturile noastre ar trebui îndreptate către o mai bună gestionare a acesteia.

Atunci când toate merg bine, relaţia poate fi stabilită în câteva clipe, iar pe de altă parte, atunci când există o dificultate, mama şi bebeluşul pot necesita mult timp pentru a se înţelege unul cu altul, şi nu este deloc neobişnuit ca o mamă şi un bebeluş să eşueze de la început şi să sufere (fiecare dintre ei) din cauza

rezultatelor acestui eşec timp de mulţi ani, dacă nu pentru totdeauna.

Trebuie să ne aşteptăm la un procent de eşecuri, de vreme ce bebeluşii sunt foarte diferiţi, iar mamele nu sunt toate pregătite, la momentul potrivit, pentru exerciţiul potenţei sânului lor. Cu toate acestea, nu este deloc neobişnuit ca un eşec în acest punct, dezastruos pentru dezvoltarea bebeluşului, să fie inutil; bebeluşul era pregătit şi mama era pregătită, dar condiţiile nu erau satisfăcătoare sau a intervenit altcineva. Aici ajungem la psihologia doctorilor şi a asistentelor angajaţi în îngrijirea mamelor care tocmai au născut şi a nou-născuţilor înşişi. Nu există o pregătire specială a asistentelor care se ocupă în mod special de acest stadiu timpuriu din viaţa bebeluşilor şi de îngrijirea mamelor în prima săptămână după naştere. În mod vădit, această chestiune a relaţiei iniţiale dintre bebeluş şi mamă stârneşte o mare anxietate chiar la multe femei sănătoase obişnuite, şi numai aşa se poate explica frecvenţa cu care anumite asistente, care altfel sunt foarte talentate şi blânde, tind să-şi asume o responsabilitate care ar trebui să fie a mamei, tind să ia chestiunea în propriile mâini, dar de fapt încearcă să forţeze copiii la sân. Nu rar se întâlnesc asistente care, animate de cele mai bune intenţii din lume, iau un bebeluş bine înfăşat, astfel încât nu-şi poate folosi mânuţele, şi îi îndeasă gura la sân, declarând deschis că sunt hotărâte *să-l facă să primească* lapte.

Acesta este punctul în care teoria şi practica se întâlnesc, dacă un asemenea punct există într-adevăr. Majoritatea acestor asistente sunt anxioase nu pentru că sunt nevrotice, ci pentru că nimeni nu le-a spus despre crearea sânului de către bebeluş şi despre orientarea specifică a mamei către sarcina adaptării la necesităţi, către arta de a-i oferi bebeluşului iluzia că ceea ce este creat din nevoie şi prin impuls are existenţă reală.

Trebuie să adăugăm că unele asistente înţeleg intuitiv acest lucru şi ele creează cu plăcere condiţiile în care mama şi bebeluşul să poată ajunge la o înţelegere reciprocă.

Aceasta este o chestiune cât se poate de practică. Modul în care poate fi inhibat un bebeluş în legătură cu hrănirea la sân, şi implicit cu hrănirea în general, este acela de a prezenta copilului sânul fără a-i oferi nicio şansă să fie creatorul obiectului care urmează a fi descoperit. Dintre lucrurile care pot fi aflate de la un psiholog, probabil că nu există niciunul care, dacă ar fi acceptat, să aibă un efect mai profund asupra sănătăţii mintale a indivizilor unei comunităţi, decât această chestiune a nevoii bebeluşului de a fi creatorul sfârcului sau sânului mamei. Aşadar, nu numai sănătatea mintală ulterioară a noului individ este pusă în joc aici.

Poate că nu acestea sunt cuvintele cele mai potrivite. Probabil cuvântul „creaţie” poate fi înlocuit de un altul care să poată fi acceptat sau înţeles într-un sens mai larg. Cuvintele nu contează. Trebuie găsite modalităţi pentru a li se atrage atenţia acelora care sunt responsabili de nou-născuţi asupra importanţei teribile a experienţei iniţiale a unei relaţii excitate între bebeluş şi mamă. Există dificultăţi inerente. Asistentele şi doctorii sunt de o importanţă vitală pentru mamă datorită lucrurilor pe care le pot face pentru ea ca să fie în siguranţă în timpul travaliului şi ca să-i acorde ajutor fizic atunci când ea este epuizată. Ei au propriile lor abilităţi, deprinse treptat şi cu dificultate. Nu există niciun motiv pentru care aceiaşi doctori şi aceleaşi asistente să nu fie capabili să-i lase mamei rolul care este al ei şi pe care doar ea îl poate juca. Tot ce poate face o asistentă în această situaţie este să creeze condiţiile în care mama să poată fi în starea cea mai sensibilă. Mama are nevoie doar de şansa de a fi naturală şi de a-şi găsi propriul fel de a fi cu copilul, aşa cum au

făcut mamele încă din zorii istoriei umane, şi chiar de dinaintea evoluţiei omului din mamifere.

Se va observa că, din punctul de vedere al asistentei, contactul iniţial dintre mamă şi copil poate arăta ca un joc; şi chiar ar putea fi numit joc, iar asistenta responsabilă ar putea cu uşurinţă să simtă că ceea ce este necesar este muncă. Cu toate acestea, copilul nu necesită imediat lapte, iar acest lucru este bine cunoscut în pediatrie. Copilul care a descoperit sfârcul şi a cărui mamă este disponibilă spre a furniza sfârcul acolo, lângă mână sau lângă gură, la momentele potrivite, este capabil să întârzie, dacă este necesar, începutul suptului. Poate exista o perioadă de mestecare, şi de la început bebeluşii individuali au tehnici proprii care pot persista şi se pot transforma mai târziu în manierisme. Studiul acestei iniţieri a unei relaţii sigur o să-l îmbogăţească foarte mult pe observator. Partea cea mai importantă a muncii lui Merrill Middlemore, care a fost publicată în cartea intitulată *The Nursing* Couple1 1941, este reprezentată de descrierea extremelor precauţii pe care şi le-a luat pentru a fi prezentă în situaţia de hrănire fără a deranja nici asistentele, nici mamele, nici bebeluşii. A avut grijă să nu se aştepte la succes şi să nu se teamă de eşec. Probabil că există foarte puţini oameni echipaţi potrivit pentru a desfăşura acest fel de observare a intimităţii.

găsit, iar acest lucru înseamnă că bebeluşul începe treptat să tolereze absenţa obiectului. Astfel debutează conceptul bebeluşului despre realitatea exterioară, un loc din care obiectele apar şi în care dispar. Prin magia dorinţei, se poate spune că bebeluşul are iluzia unei puteri creative magice, iar omnipotenţa este o realitate prin intermediul adaptării sensibile a mamei. Fundamentul pentru recunoaşterea treptată de către bebeluş a lipsei de

control magic asupra realităţii exterioare constă în omnipotenţa iniţială devenită realitate prin intermediul tehnicii adaptative a mamei.

În viaţa de zi cu zi a prunciei, putem observa bebeluşul exploatând această a treia sau iluzorie lume, care nu este nici realitate internă, nici fapt extern, şi pe care le-o permitem bebeluşilor, deşi nu le-o permitem adulţilor sau chiar copiilor mai mari. Vedem cum un bebeluş îşi suge degetele sau adoptă o tehnică de a face grimase, sau de a murmura un sunet, sau de a apuca o bucată de păturică, şi ştim că acel bebeluş revendică astfel un control magic asupra lumii, prelungind (iar noi permitem acest lucru) omnipotenţa care a fost iniţial întâmpinată, şi astfel implementată, prin adaptarea mamei M-am gândit că este util să denumesc obiectele şi fenomenele care aparţin acestui tip de experienţă „tranziţionale”. Am denumit obiectele folosite „obiecte tranziţionale” şi tehnicile uzate „fenomene tranziţionale”. Aceşti termeni implică faptul că există o stare temporară aparţinând copilăriei timpurii, în care bebeluşului îi este permis să pretindă un control magic asupra realităţii exterioare, un control care noi ştim că devine real prin adaptarea mamei, dar bebeluşul nu ştie încă acest lucru. „Obiectul tranziţional”, sau prima posesiune, este un obiect pe care l-a creat bebeluşul, deşi în timp ce spunem acest lucru, noi ştim că de fapt era vorba de o bucată de păturică sau nişte franjuri ai unui şal. Următoarea posesiune va fi fost dată bebeluşului de către o mătuşă, iar pentru aceasta copilul trebuie să spună „me şi”, astfel recunoscând o limitare a controlului magic şi dependenţa de oamenii binevoitori din lumea exterigară.

Cât de importante sunt atunci aceste obiecte şi tehnici tranziţionale timpurii! Importanţa lor este reflectată de persistenţa lor, chiar persistenţa lor în stare brută peste ani. Din aceste fenomene tranziţionale se

dezvoltă multe dintre lucrurile pe care în mod atât de variat le permitem şi cărora le acordăm o valoare atât de mare sub denumirile de religie şi artă şi, de asemenea, micile nebunii care sunt legitime pe moment, în funcţie de modelul cultural prevalent.

Există un ţinut al nimănui între subiectiv şi ceea ce este perceput în mod obiectiv, care este natural în copilărie, iar la acest lucru noi ne aşteptăm şi îl permitem. Bebeluşul nu este testat la început, nu trebuie să decidă, îi poate fi permis să pretindă despre ceva aflat la graniţă că este în acelaşi timp atât autocreat, cât şi perceput sau acceptat din lume, lumea care a existat dinaintea conceperii bebeluşului. Cineva care ar revendica indulgenţă în această privinţă la o vârstă mai mare ar fi numit nebun. În religie şi în arte, observăm socializarea acestei revendicări, astfel încât individul nu este numit nebun şi se poate bucura, în exerciţiul religiei sau în practică şi aprecierea artelor, de pauză pe care fiinţele umane o necesită de la discriminarea absolută şi care nu dă greş niciodată dintre realitate şi fantasmă.1

În persoana bebeluşului. În loc de relaţia cu realitatea exterioară, îndulcită de folosirea temporară a unei stări iluzorii de omnipotenţă, se dezvoltă două feluri separate de relaţie de obiect, iar acestea două pot fi atât de lipsite de legătură încât să constituie o boală serioasă care va trebui în cele din urmă să se manifeste sub forma schizofreniei clinice. Pe de o parte, există viaţa privată a bebeluşului, în care relaţiile se bazează mai degrabă pe capacitatea acestuia de a crea decât pe memoria contactelor, iar pe de altă parte există un sine fals, care se dezvoltă pe baza complianţei, şi care este legat în mod pasiv de cerinţele realităţii exterioare. Este foarte uşor să fii înşelat şi să vezi un bebeluş răspunzând la o hrănire

abilă, fără să observi că acest bebeluş, care primeşte hrană într-un mod complet pasiv, nu a creat niciodată lumea şi nu are nicio capacitate de relaţie externă şi niciun viitor ca individ. Exploatarea acestui sine fals compliant nu poate duce la rezultate bune. Adevăratul sine nu se poate manifesta decât sub forma refuzului de a se hrăni. Bebeluşul supravieţuieşte şi este surprinzător de văzut cât de satisfăcuţi pot fi doctorii de rezultat. Şinele fals devine organizat, pentru a ţine lumea la distanţă, şi mai există un alt sine, cel adevărat, ascuns şi astfel protejat. Acest sine adevărat se află într-o stare permanentă a ceea ce ar putea fi numit relaţionare[38] internă. Din punct de vedere clinic, dovada vieţii interioare a sinelui ascuns se poate manifesta sub forma mişcărilor de legănare sau a altor semne de viaţă foarte primitivă.

Descrierea gradului maxim de clivare duce la descrierea unor grade mai mici de clivare şi chiar a modului în care un anumit grad din ceea ce este descris este prezent la toţi copiii şi este inerent vieţii înseşi. La gradul maxim, copilul nu are niciun motiv pentru a trăi, dar la gradele mai mici şi mai frecvente, există un oarecare grad al sentimentului inutilităţii în ceea ce priveşte viaţa falsă şi o căutare constantă a vieţii care să fie resimţită ca reală, chiar dacă duce la moarte, ca de exemplu prin înfometare. La gradele mai miţi, există obiecte în relaţionarea internă secretă a sinelui adevărat, iar aceste obiecte au fost derivate din anumite grade de succes în stadiul primei hrăniri teoretice. Cu alte cuvinte, la gradele mai mici ale acestei boli, nu regăsim atât starea primară de clivare, cât o organizare secundară a clivării, care implică regresia din cauza dificultăţilor întâlnite într-un stadiu ulterior de dezvoltare emoţională.

Folosind diagramă care aparţine cazului extrem, se pot ilustra cu uşurinţă implicaţiile acestui mod de a privi

---

38 în original relatedness. (N. t.)

dezvoltarea emoţională timpurie şi ceea ce vedem se poate aplica la sarcina persoanei normale obişnuite şi la dificultăţile inerente în viaţă.[39]

Este instructiv să luăm sarcina artiştilor şi să o descriem în termenii definiţi în acest capitol. Astfel se poate spune că există două tipuri de artişti. Unul dintre tipuri operează la început prin sinele fals, acela care poate prea uşor să producă o reprezentare exactă a unei mostre din realitatea exterioară. Artistul foloseşte această capacitate, iar apoi ceea ce vedem este încercarea sinelui adevărat din artist de a lega prima impresie exactă de fenomenele brute ce constituie viaţa sinelui adevărat secret. Dacă această încercare este încununată de succes, atunci artistul a produs nu numai ceva recognoscibil de către alţii, ci şi ceva propriu sinelui adevărat al lui; produsul finit este valoros, deoarece putem aprecia lupta care s-a dat în artist în travaliul de unire a elementelor iniţial separate. Dacă abilitatea tehnică seduce artistul, atunci folosim cuvântul „facil” şi vorbim despre

---

39 [O versiune alternativă pentru unele dintre lucrurile de mai sus a fost găsită tipărită separat, împreună cu o notă conform căreia ar fi trebuit adăugată în acest punct. Ea se prezintă după cum urmează:]

„Atunci când există un oarecare grad de eşec al adaptării sau o adaptare haotică, bebeluşul dezvoltă două tipuri de relaţie. Unul dintre ele este reprezentat de o relaţie secretă tăcută cu o lume interioară de fenomene subiective, în mod esenţial personală şi privată, şi această relaţie este singura care pare reală. Celălalt tip de relaţie este între un sine fals şi un mediu extern sau implantat doar vag perceput. Primul conţine spontaneitatea şi bogăţia, iar al doilea este o relaţie de complianţă menţinută pentru a câştiga timp până când, poate, într-o zi, prima va fi pusă în valoare. Este surprinzător de uşor, din punct de vedere clinic, să treci cu vederea irealitatea tehnicii de viaţă a unui copil pe jumătate schizofren. Problema este că impulsurile şi spontaneitatea şi sentimentele care par reale sunt toate legate într-o relaţie care este (în gradul extrem) incomunica- bilă. Pe de altă parte, cealaltă jumătate a personalităţii clivate, sinele fals compliant, este vizibil pentru toată lumea, şi uşor de manevrat."

virtuozitate.

În contrast cu acesta se află celălalt tip, care debutează cu o reprezentare brută a fenomenelor sau vieţii personale a sinelui secret, care sunt grele de înţelesuri pentru artist, dar la început nu au niciun înţeles pentru ceilalţi. Sarcina artistului în acest caz este de a face inteligibile reprezentările lui proprii şi personale, iar pentru a face acest lucru, el trebuie să se trădeze într-o anumită măsură. Creaţiile lui artistice i se par tot atâtea eşecuri, indiferent cât de mult simt ele apreciate de cunoscători; şi de fapt, dacă sunt apreciate într-o măsură prea mare, artistul se poate retrage de tot, datorită sentimentului de a fi fost fals faţă de sinele său adevărat. Aici, din nou, principala realizare a artistului este travaliul său de integrare a celor două tipuri de sine. Primul tip este apreciat de către persoane care aveau nevoie să vină în contact cu impulsurile lor brute, în timp ce al doilea este apreciat de către cei care sunt retraşi şi care sunt uşuraţi să afle că poate exista o oarecare (deşi nu prea multă) împărtăşire a ceea ce este fundamental personal şi în mod esenţial secret.

Există sau nu există o creativitate primară? Sau, altfel spus, poate fiinţa umană să proiecteze doar ceea ce a fost anterior introiectat sau (cu alte cuvinte) să excrete doar ceea ce a fost încorporat?

Care este răspunsul la problema creativităţii? N-are oare bebeluşul nicio contribuţie de făcut, de exemplu, la prima hrănire teoretică?

Cel puţin până când o să aflăm mai multe, trebuie să presupun că există un potenţial creativ şi să bebeluşul are o contribuţie personală de făcut la prima hrănire teoretică. Dacă mama se adaptează îndeajuns de bine, bebeluşul presupune că sfârcul şi laptele sunt rezultatele unui gest care a apărut din necesitate, rezultatele unei idei care a venit pe coama unui val de tensiune pulsională. În opinia

mea, aceste chestiuni sunt de mare semnificaţie practică pentru psihiatru şi, de asemenea, pentru pediatru în munca lor clinică.

Dacă există un potenţial creativ adevărat, atunci trebuie să ne aşteptăm să-l găsim, odată cu proiecţia detaliilor introiectate, în toate eforturile productive, şi vom distinge potenţialul creator nu atât de mult prin originalitatea producţiei, cât prin sentimentul individului de realitate a experienţei şi a obiectului.

Lumea este creată din nou de fiecare fiinţă umană, care porneşte în această sarcină chiar din momentul naşterii şi al primei hrăniri teoretice. Ceea ce creează bebeluşul depinde foarte mult de ceea ce îi este prezentat în momentul creativităţii, de către mama care efectuează o adaptare activă la necesităţile lui, dar dacă creativitatea bebeluşului este absentă, detaliile prezentate de mamă sunt lipsite de înţeles.

Noi ştim că lumea există dinaintea bebeluşului, dar el nu ştie acest lucru, şi la început bebeluşul are iluzia că ceea ce este găsit este creat. Dar această stare de lucruri este realizată doar atunci când mama se poartă îndeajuns de bine. Această problemă a creativităţii primare a fost discutată ca aparţinând celei mai timpurii copilării; de fapt, este o problemă care nu încetează niciodată să aibă înţeles, atâta timp cât individul este în viaţă.[40]

Treptat apare o înţelegere intelectuală a realităţii existenţei lumii dinainte de aceea a individului, dar sentimentul că lumea este creată personal rămâne.

Accentuez foarte tare această parte a studiului naturii umane. Mai multe chestiuni care la prima vedere par a fi fără legătură între ele se descoperă a converge în chiar acest punct. Să enumerăm:

A. Chestiunea practică a gestionării mamei şi bebeluşului în primele ore şi zile după naşterea acestuia

---

40 Notă pentru revizie: Aici referă-te la joacă, locaţie culturală etc.

(pediatrie).

B. Relaţia dintre relaţiile corporale excitate şi relaţiile liniştite în general, inclusiv problemele care ţin de căsătorie.

C. Problema filosofică a înţelesului cuvântului „real”.

D. Revendicarea religioasă, legată de cea a artelor, a iluziei ca ceva valoros în sine.

E. Sentimentele de derealizare ale oamenilor schizoizi şi ale nebunilor schizofreni.

F. Revendicarea psihoticilor conform căreia ceea ce nu este real este real şi revendicarea copiilor antisociali conform căreia ce nu este adevărat este adevărat şi că dependenţa (care este o realitate) nu este reală.

G. Clivajul esenţial din schizofrenie, profilaxia împotriva a ceea ce este o chestiune de gestionare în stadiile cele mai timpurii ale dezvoltării emoţionale infantile, atunci când necesitatea trebuie întâmpinată de o adaptare sensibilă la ea.

H. Conceptul creativităţii primare şi al originalităţii absolute, ca fiind împotriva proiecţiei obiectelor şi fenomenelor introiectate anterior (digerate şi perlaborate).

Într-o anumită măsură este adevărat că nevoile unui bebeluş pot fi îndeplinite de oricine iubeşte acel bebeluş, dar există două seturi de motive pentru care mama este persoana potrivită.

Este probabil ca iubirea ei pentru propriul copil să fie mai adevărată, mai puţin sentimentală decât aceea a oricărui alt surogat; mamă adevărată poate realiza o adaptare extremă la necesităţile bebeluşului fără resentiment. Mama reală va fi capabilă să continue toate micile ei detalii ale tehnicii personale, furnizându-i astfel bebeluşului un mediu emoţional (care îl include pe cel fizic) simplificat. Un copil care este exemplar îngrijit de mai mulţi oameni diferiţi, fie chiar şi doi, o să aibă un

început mult mai complex în viaţă, un fundal mult mai puţin sigur al lucrurilor care să fie luate ea fiind de la sine înţelese atunci când dorinţele vor apărea ca nişte complicaţii dinăuntru.

O mare cantitate de confuzie poate apărea din neglijarea acestui considerent. Este adevărat, după cum accentuează şi Anna Freud, că tehnicile de îngrijire sunt lucruri importante care afectează copilul la început. Dar simplitatea şi continuitatea tehnicii poate fi furnizată de singura persoană care acţionează în mod natural; şi nimeni altcineva în afara mamei nu va putea probabil furniza aceste lucruri, cu excepţia unei mame adoptive potrivite care preia îngrijirea bebeluşului chiar de la început. Dar mamei adoptive de obicei îi lipseşte orientarea către maternitate[41] a unei mame adevărate sau acea stare specială care necesită întreaga perioadă pregătitoare de nouă luni.

Nu este uşor pentru mame să-şi exprime sentimentele cu privire la experienţele lor din saloanele de maternitate sau din creşe, în pofida faptului că au sentimente chiar foarte puternice, şi nu întotdeauna fericite. Într-o anumită măsură, mamele pierd intensitatea sentimentelor lor când experienţele devin vechi de câteva luni; de asemenea, ele ştiu, pe măsură ce se îndepărtează de experienţa propriu-zisă a travaliului, că în acel moment special exista o predispoziţie spre a imagina, aproape a halucina, o figură feminină persecutorie, astfel încât o experienţă negativă este văzută retrospectiv ca şi cum ar fi fost un vis urât. Dar experienţele negative sunt adesea prea reale, de vreme ce există atât de puţină înţelegere a sarcinii speciale a mamei de a prezenta lumea bebeluşului ei.

Cu toate acestea, femeile care au o prietenă

41 în limba engleză, în original, „motherhood" (n. t.)

înţelegătoare cu care să poată vorbi în perioada în care au travalii repetate descoperă într-adevăr că au o mulţime de lucruri de spus despre obstacolele care există şi care împiedică o mamă să ajungă la o înţelegere cu bebeluşul ei în modalitatea ei proprie.

Cu siguranţă, este de mare ajutor atunci când bebeluşul este plasat într-un pătuţ lângă patul mamei, ca în schema descrisă de Spence. Trebuie să fie dificil pentru o asistentă să-şi aducă aminte că o mamă, care este probabil prea slăbită pentru a-şi ridica singură bebeluşul din pătuţul de lângă patul ei, este cu toate acestea persoana potrivită şi singura persoană potrivită pentru a se adapta la necesităţile bebeluşului, necesităţi indicate în moduri care apelează în mod special la subtilitatea de înţelegere a mamei reale.

Pare să existe o diferenţă între necesităţile emoţionale ale bebeluşilor născuţi la termen şi cele ale bebeluşilor născuţi prematur. De asemenea, trebuie să ne aşteptăm că bebeluşul postmatur să fie predispus a se naşte într-o stare de frustrare. Fără îndoială, momentul potrivit pentru naştere, din punctul de vedere al nevoilor emoţionale, este când copilul se naşte la termen, un fapt ce ar fi putut fi prevăzut.

Le datorăm scuze pediatrilor, deoarece aceste chestiuni nu ţin cont de toată munca atentă efectuată în domeniul fiziologiei şi biochimiei şi hematologiei nou-născutului şi al funcţiei digestive. Realitatea este că, în cele mai multe cazuri în prezent, sănătatea somatică poate fi luată ca fiind de la sine înţeleasă (datorită muncii pediatrilor), şi sănătatea este rezultatul, iar sănătatea în domeniul îngrijirii copilului nu reprezintă sfârşitul, ci începutul., Bebeluşii nu ar fi putut fi studiaţi în dezvoltarea lor până când teama de maladii şi tulburări somatice nu ar fi fost îndepărtată. Acum putem înţelege că o dezvoltare sănătoasă nu este o chestiune de supraveghere a greutăţii,

ci una de dezvoltare emoţională. Studiul dezvoltării emoţionale, după cum sper să fi demonstrat, este o chestiune vastă şi complexă.

Nu este util să ne referim la o primă hrănire ca la o experienţă pulsională care se desfăşoară şi se termină, fără nicio referire la fiinţa umană în care are loc excitaţia. La început, bebeluşul nu este capabil să accepte experienţa şi să asimileze în sinele său rezultatul complet al evenimentelor pulsionale. Exista o stare neexcitată care a fost deranjată de cea excitată. Această stare liniştită este cu siguranţă cea primară şi merită un studiu propriu.

O mare parte din calitatea acestei stări liniştite este luată ca fiind de la sine înţeleasă în cadrul presupunerii că un bebeluş a fost bine îngrijit (fizic), în uter înaintea naşterii, şi prin gestionarea generală după naştere. Putem studia în mod profitabil rezultatele eşecului îngrijirii fizice şi astfel să încercăm să deducem ce se datorează într-adevăr îngrijirii reuşite, în afara satisfacerii cererilor pulsionale.

Filosofii s-au ocupat întotdeauna cu înţelesul cuvântului „real” şi au existat şcoli de gândire întemeiate pe credinţa că

„Această piatră şi acest copac încetează să existe când nu este nimeni prin preajmă”.

cu alternativa:

„Această piatră şi acest copac continuă într-adevăr să existe după cum a fost observat de subsemnatul...”[42]

Nu toţi filosofii înţeleg că această problemă care frământă orice fiinţă umană este o descriere a relaţiei iniţiale cu realitatea exterioară în momentul primei hrăniri teoretice; sau, de asemenea, în momentul oricărui prim contact teoretic.

---

42 în limba engleză, în original: „this stone and this tree/ discontinue to be/ when there's no one about in the quad" şi „this stone and this tree/ do continue to be/ as observed by yours faithfully...". (N. t.)

Aş prezenta lucrurile în următorul fel. Unii bebeluşi sunt destul de norocoşi să aibă o mamă a cărei adaptare activă iniţială la necesităţile copilului ei să fi fost îndeajuns de bună. Aceasta le permite să aibă iluzia de a găsi în realitate ceea ce a fost creat (halucinat). În cele din turmă, după ce s-a stabilit o capacitate de relaţie, aceşti bebeluşi pot face următorul pas către recunoaşterea singurătăţii intrinseci a fiinţei umane. În cele din urmă, un astfel de copil va spune când va creşte mare: „Ştiu că nu există contact direct între realitatea exterioară şi mine, ci doar iluzia unui contact, un fenomen de mijloc care funcţionează perfect din punctul meu de vedere când nu sunt obosit. Nu-mi pasă deloc că sunt implicate probleme filosofice”.

Pe bebeluşii cu experienţe ceva mai puţin norocoase îi deranjează cu adevărat ideea nici unui contact direct cu realitatea exterioară. Deasupra lor atârnă tot timpul un sentiment de ameninţare a pierderii capacităţii de relaţie. Pentru ei problema filosofică devine şi rămâne una vitală, o chestiune de viaţă sau de moarte, de hrănire sau de înfometare, de iubire sau de izolare.

Bebeluşii şi mai lipsiţi de noroc, ale căror experienţe timpurii de a avea lumea prezentată cum se cuvine au fost confuze, cresc fără nicio capacitate de iluzie a contactului cu realitatea exterioară; sau capacitatea lor este atât de slabă, încât în momentele de frustrare se fragmentează şi se dezvoltă boala schizoidă.

Capitolul 2

Integrarea l „n formularea teoriei psihologice, este mult prea uşor că h integrarea să fie luată ca fiind de la sine înţeleasă, dar

Jk într-un studiu al stadiilor timpurii ale dezvoltării individului uman este necesar să concepem integrarea ca fiind o realizare. Fără îndoială că există o tendinţă biologică spre integrare, dar în studiile psihologice ale

naturii umane nu este niciodată satisfăcător să te sprijini prea mult pe aspectul biologic al creşterii.

Din punct de vedere clinic, în psihiatrie suntem obişnuiţi cu procesul de dezintegrare, o desfacere activă a integrării, determinat şi probabil organizat ca apărare împotriva anxietăţii asociate cu integrarea. Studiul direct al dezintegrării poate fi înşelător totuşi pentru cel care studiază procesul de integrare.

Este necesar să postulăm o stare neintegrată din care se naşte integrarea. Bebeluşul pe care noi îl cunoaştem ca imitate umană, în siguranţă în uter, nu este încă o unitate în termenii dezvoltării emoţionale. Dacă examinăm acest lucru din punctul de vedere al bebeluşului (deşi bebeluşul nu există ca atare pentru a avea un punct de vedere) neintegrarea este însoţită de absenţa conştientizării.

La începutul teoretic se află o stare neintegrată[43], o lipsă a întregimii atât în spaţiu, cât şi în timp. În acest stadiu nu există conştientizare. Imediat ce putem vorbi de o colecţie de impulsuri şi senzaţii, am depăşit începutul, când centrul de greutate (ca să spunem aşa) al sinelui trecea de la un impuls la altul sau de la o senzaţie la alta. Începutul se află cu siguranţă cândva uiainte de momentul naşterii la termen.

Din starea neintegrată se naşte integrare pentru momente sau scurte perioade şi doar treptat starea generală de integrare devine o realitate. Există factori interni care determină integrarea, cum ar fi nevoile pulsionale sau exprimarea agresivă, fiecare dintre acestea fiind precedată de o unificare a întregului sine. Conştientizarea devine posibilă în astfel de momente,

43 Aceste idei derivă de la Edward Glover şi conceptul său de „nuclee ale Eului", dar cititorul ar trebui să consulte lucrările proprii ale lui Glover mai
degrabă decât să se bazeze pe descrierea mea personală, de vreme ce eu nu îmi propun să descriu contribuţia lui.

deoarece există un sine care să fie conştient. Integrarea este determinată şi de îngrijirea furnizată de mediu. Din punct de vedere psihologic, trebuie spus că bebeluşul se descompune dacă nu este ţinut unit, iar îngrijirea fizică reprezintă îngrijire psihologică în aceste stadii.

Mama ştie prin empatie că, atunci când un bebeluş este ridicat, acest proces trebuie făcut în timp. Bebeluşul trebuie să fie avertizat; părţile corpului sunt strânse la un loc; în cele din urmă, la momentul potrivit în timp, bebeluşul este în aer; mai mult decât atât, acţiunea mamei începe, continuă şi se sfârşeşte, deoarece bebeluşul este ridicat dintr-un loc până în altul, poate din cărucior până la umărul mamei.

Pe măsură ce sinele se stabileşte şi individul devine capabil să încorporeze şi să menţină amintiri ale îngrijirii din partea mediului, şi deci capabil de autoîngrijire, integrarea devine o stare mai stabilă. Astfel, dependenţa se diminuează. Treptat, pe măsură ce integrarea devine o stare menţinută a individului, devine mai potrivit cuvântul „dezintegrare”, mai degrabă decât „neintegrare”, pentru descrierea negativului integrării. În stadiile ulterioare, poate fi observată o exagerare a autoîngrijirii, organizată ca apărare împotriva dezintegrării pe care eşecul mediului ameninţă să o determine. Prin eşec al mediului vreau să spun eşec al conţinerii sigure, şi un eşec mai mare decât cel ce poate fi. Suportat în momentul respectiv de către individ.

Este posibil să se detecteze dezintegrarea care apare ca apărare organizată împotriva durerii teribile a diverselor anxietăţi asociate cu starea complet integrată. Dezintegrarea de acest fel poate fi folosită mai târziu ca fundament pentru o stare haotică patologică ce este un fenomen secundar şi nu este legată în mod direct de haosul primar al individului uman.

Ca ilustrare a aplicării acestor principii, este util să

ne gândim la poezia pentru copii despre Humpty Dumpty şi la motivele atracţiei ei universale. În mod evident, există un sentiment general, care nu este disponibil conştiinţei, că integrarea este o stare precară. Poezia pentru copii probabil atrage deoarece confirmă integrarea personală că fiind o realizare.

Când am descris primele integrări care se nasc din starea de neintegrare, termenii folosiţi erau aritmetici. Problema este dacă nucleele Eului individului se adună sau nu ca să facă unu. Uneori, în cadrul unui tratament, putem demonstra că o inhibiţie în folosirea aritmeticii simple şi banale provine din incapacitatea acelui copil de a-şi forma conceptul simplu de „unu”, de unitate, care, ca să poată fi perceput, trebuie să reprezinte în ultimă instanţă sinele. Este bine cunoscut că o incapacitate de a efectua operaţii aritmetice simple nu implică deloc o incapacitate de a efectua calcule mintale complexe de tip abstract, şi de fapt poate exista o relaţie între folosirea exagerată a gândirii abstracte în termeni matematici şi inhibiţia simplei adunări sau scăderi.

Aceste consideraţii teoretice explică într-o oarecare măsură valoarea derivată atât din iubire, cât şi din ură, şi chiar din furie reactivă, atunci când acestea sunt exprimate fără rezervă şi în momentul de intensitate maximă a sentimentului. Integrarea dă sentimentul de sănătate mintală, iar pierderea integrării dobândite dă sentimentul de nebunie. Aceste momente de urgenţă, de capitulare în faţa exprimării de sine, simt importante în această chestiune a integrării, care ţine de ele. Strâns legată de această problemă a integrării nou-dobândite, cu neintegrarea în trecut şi dezintegrarea ca ameninţare în viitor, este exploatarea senzaţiilor de la nivelul pielii, o dramatizare a îngrijirii fizice şi o supraaccentuare a capacităţii de autoîngrijire care, la rândul ei, este derivată dintr-un amestec de amintiri despre a fi (con) ţinut şi

experienţe de a nu fi (con) ţinut îndeajuns.

În viaţa unui bebeluş normal, odihna trebuie să poată include relaxare şi o regresie la neintegrare. Treptat, pe măsură ce sinele creşte în putere şi complexitate, această regresie la neintegrare se apropie din ce în ce mai mult de o stare dureroasă de dezintegrare „nebună”. Există deci un stadiu intermediar în care un bebeluş bine îngrijit aflat în dezvoltare se poate relaxa şi poate aluneca în neintegrare, şi tolera (dar doar tolera) să se simtă „nebun” în starea neintegrată. Apoi, se trece la stadiul următor, un pas către independenţă, şi se pierde pentru totdeauna capacitatea de a fi neintegrat, în afara nebuniei sau condiţiilor specializate furnizate în psihoterapie. După acest stadiu, cuvântul potrivit este mai degrabă „dezintegrare” decât „neintegrare”.

Întrebarea dacă unui bebeluş îi este mai bine luat în braţe sau lăsat în pătuţ poate fi examinată în acest punct. Bineînţeles că un bebeluş necesită ambele experienţe. Cu toate acestea, se poate spune că, acolo unde (con) ţinerea unui bebeluş este perfectă (şi adesea este, de vreme ce mamele pur şi simplu ştiu cum s-o facă), bebeluşul poate câştiga încredere chiar în relaţia vie şi poate aluneca în starea neintegrată în timp ce este ţinut în braţe. Acesta este cel mai bogat tip de experienţă. Totuşi adesea (con) ţinerea este variabilă sau chiar stricată de anxietatea (supracontrolul mamei împotriva scăpării bebeluşului) sau starea anxioasă a mamei (tremurături, temperatură ridicată, tahicardie etc.), caz în care bebeluşul nu-şi poate permite să se relaxeze. Atunci relaxarea apare doar odată cu epuizarea. Într-un astfel de caz, pătuţul şau leagănul oferă o alternativă binevenită. Trebuie efectuată totuşi o pregătire pentru reîntoarcerea bebeluşului din starea de relaxare (reintegrare).

Un factor ca acesta este cel care face anumiţi bebeluşi capabili să crească cu biberonul, întrucât

hrănirea la sân a fost imposibilă. Depind atât de multe de felul în care mama (con) ţine bebeluşul, şi trebuie accentuat că acest lucru nu este ceva ce poate fi predat (sau învăţat); dacă este posibil vreun ajutor, acesta ar fi să-i dăm mamei încredere gestionând noi mediul în locul ei şi să-i oferim şansa de a-şi exercita propriile puteri naturale.

Hăinuţele bebeluşului la începutul teoretic pot fi o adevărată pacoste. Imediat după naştere, sensibilitatea pielii este foarte mare. Probabil există loc pentru o goliciune mai degrabă primitivă şi un contact corporal neîntrerupt între bebeluş şi mamă în stadiile timpurii, iar această problemă nu a fost investigată deocamdată, din câte ştiu eu. În munca pediatrică cu bebeluşi prematuri poate urma în mod natural o cercetare în această direcţie, care să arate valoarea goliciunii din tehnica incubatorului.[44] Realitatea este că integrarea şi atingerea statutului de unitate aduce odată cu ea mări dezvoltări noi. Integrarea înseamnă responsabilitate, şi însoţită aşa cum este de conştientizare, şi de păstrarea amintirilor, şi de punerea în relaţie a trecutului, prezentului şi viitorului, aproape că reprezintă începutul psihologiei umane. Descrierea mea a poziţiei depresive în dezvoltarea emoţională preia tema din acest punct. Din nefericire, se pot întâmpla multe lucruri supărătoare în dezvoltarea emoţională a unui bebeluş, anterior atingerii acestui statut de unitate, şi pentru mulţi bebeluşi adevăratele sarcini umane ale aşa-numitei „poziţii depresive” nu sunt atinse niciodată.

Dacă (într-unul din cazuri) accentul este pus pe *integrarea prin bună îngrijire a copilului*, personalitatea poate fi bine fundamentată. Dacă accentul este pus pe integrarea prin *impuls fi experienţă pulsională* şi prin furia care menţine relaţia cu dorinţa, atunci este probabil că personalitatea să fie interesantă, chiar captivantă în

44 Mary Crosse: Birmingham. [Un pionier în neonatologie.]

calitate. La indivizii sănătoşi, există destul din ambele, iar combinaţia celor două înseamnă stabilitate. Atunci când nu este destul din niciunul, integrarea nu este niciodată bine stabilită sau este stabilită într-un mod rigid, supraaccentuată şi puternic apărată şi nepermiţând nicio neintegrare relaxantă, odihnitoare.

Există un al treilea mod de dezvoltare, caz în care integrarea apare timpuriu, iar accentul este pus pe o *reacţie* excesivă *la ingerinţe* din surse externe. Acesta este rezultatul eşecului îngrijirii şi va fi discutat într-o secţiune ulterioară. În acest caz, integrarea este plătită cu un anume preţ, de vreme ce ingerinţele sunt aşteptate şi chiar continuă să fie necesare, şi prin această nu neobişnuită stare de lucruri se stabileşte o bază foarte timpurie pentru o dispoziţie paranoidă (nu moştenită).

Pe măsură ce copilul se dezvoltă, trebuie folosit mai degrabă cuvântul „dezintegrare” decât „neintegrare”, pentru a descrie pierderea integrării. Dezintegrarea este un proces defensiv activ şi este o apărare împotriva neintegrării în măsura în care este şi împotriva integrării. Dezintegrarea se înscrie pe linia de sciziune stabilită de organizarea lumii interioare şi de controlul forţelor şi obiectelor interne. În travaliul clinic, întâlnim dezintegrarea în diverse grade şi tipuri, bine organizată chiar şi în decompensarea psihotică severă. Neintegrarea o întâlnim doar în cadrul relaxării oamenilor sănătoşi şi în regresia profundă care poate fi obţinută într-o psihoterapie în care organizarea apărărilor este preluată de la pacient de către psihoterapeut şi este feprezentată de condiţiile emoţionale şi fizice înalt specializate ale situaţiei analitice.

Mai degrabă în acest caz, în situaţia terapeutică înalt specializată, decât prin observarea directă a bebeluşilor, poate fi studiată starea de lucruri care este normală la debutul teoretic al prunciei.

Poate fi făcută o observaţie interesantă despre

rezultatele realităţii propriu-zise a integrării. Integrarea aduce odată cu ea aşteptarea unui atac. Acest lucru pare să fie mai adevărat dacă individul atinge integrarea mai târziu şi mai puţin adevărat în cazul integrărilor originare ale bebeluşului normal. Unificarea elementelor sinelui cu stabilirea unei lumi exterioare produce în acel moment o stare de lucruri care ar putea fi etichetată ca paranoidă. În asemenea momente, îngrijirea mamei este importantă prin aceea că intervine între individul integrat şi lumea exterioară repudiată. Realizările integrării la o dată mai târzie, adică nu în cursul obişnuit al dezvoltării foarte timpurii, sunt pasibile să fie urmate de un atac ca apărare, iar acest atac ca apărare poate foarte uşor fi confundat cu un impuls pulsional. Indivizii se pot dezvolta cu acest model al atacului ca apărare înlocuind impulsul pulsional pur care aparţine stării de lucruri ce urmează integrării. În cadrul psihoterapiei unde momentele de integrare pot fi extrem de importante la un copil mai mare sau chiar la un adult, psihoterapeutul trebuie să posede o înţelegere clară a travaliului integrării, şi în practică se poate că doar pentru o perioadă scurtă de timp să existe o nevoie specială ca terapeutul să se afle între lumea exterioară repudiată şi individul nou integrat. Dacă terapeutul este capabil să acţioneze aici, în acest moment, în acelaşi fel în care mama este capabilă să acţioneze la început, în îngrijirea bebeluşului ei normal, atunci modelul paranoid nu mai trebuie să devină organizat, iar individul are posibilitatea de a dezvolta un impuls pulsional adevărat, adică un impuls care are un fundament biologic şi nu este că atacul ca apărare, care este non-merent şi are o anxietate la bază.

Acest punct are importanţă practică din punct de vedere clinic, atunci când devine important de văzut într-un caz particular că un model paranoid, prin care înţeleg tendinţa de atac ca apărare, deşi patologic, posedă un

element pozitiv în *el*, care este atingerea integrării momentane.

Aceste lucruri mi se par foarte apropiate de teoria exprimată de Lydia Jackson.[45]

Capitolul 3

Instalarea psihicului în corp jf at de uşor este să consideri de la îi sine înţeleasă stabilirea psihicuwlui în corp şi să uiţi că şi acest lucru este de fapt o realizare. Este o realizare care nu seamănă deloc cu celelalte. De asemenea, în cazul unor copii, acest proces este exagerat şi forţat de părinţi care se mândresc foarte mult cu gimnastica infantilă. Chiar şi aceia care par să trăiască în corp pot dezvolta ideea că ar exista puţin şi în afara pielii, iar cuvântul „ectoplasmă” pare a se aplică acelei părţi a sinelui care nu este conţinută în corp. Prin contrast, în isterie, poate exista o stare în care pielea să nu fie inclusă în personalitate şi chiar să devină lipsită de sânge şi de semnificaţie pentru pacient.

Pielea este în mod universal şi evident importantă în procesul de localizare a psihicului exact înăuntrul şi între limitele corpului. Gestionarea pielii în îngrijirea bebeluşului este un factor important în promovarea unei existenţe sănătoase în corp, în acelaşi fel în care (con) ţinerea promovează integrarea, în timp ce folosirea proceselor intelectuale îndepărtează de atingerea unei coexistenţe *psyche-sama*, experienţa funcţiilor şi a senzaţiilor dermice şi a erotismului muscular ajută în direcţia acestei atingeri. Se poate spune despre toate fiinţele umane că, uneori, când frustrările pulsionale duc la un sentiment de disperare sau futilitate, fixarea psihicului în corp devine mai laxă şi trebuie suportată o perioadă de nerelaţionare *psyche-sama*. Acest proces poate fi exagerat în orice grad în cadrul sănătăţii imperfecte. Ideea de

45 Lydia Jackson: (1945) Aggression and Its Interpretation.

fantome, de spirite fără trup derivă din această lipsă a unei ancorări esenţiale a psihicului în corp, iar valoarea poveştilor cu fantome constă în faptul că atrag atenţia asupra precarităţii co-existenţei *psyche-sama*.

Această teorie poate fi direct aplicată nu numai în studiul şi gestionarea clinică a tulburărilor dermatologice, ci şi în înţelegerea unei mari proporţii din tulburările psihosomatice generale. Tulburările psihosomatice sunt determinate de multe cauze, dar cea care este de obicei omisă este probabil cea mai importantă. Se întâlnesc frecvent discuţii asupra psihologiei tulburărilor psihosomatice în care nu se menţionează deloc valoarea pozitivă pentru pacient a ancorării unui anumit aspect al psihicului într-o anumită parte a corpului. La baza tulburărilor psihosomatice există o anxietate psihotică, deşi în multe cazuri, la niveluri mai superficiale, se poate demonstra în mod clar că există factori ipohondriaci sau nevrotici.

Nu există o identitate inerentă între corp şi psihic. Aşa cum vedem lucrurile noi, ca observatori, corpul este fundamental pentru psihic, care depinde de funcţionarea cerebrală şi care apare ca organizare a elaborării imaginare a funcţionării corporale. Din punctul de vedere al individului aflat în dezvoltare totuşi, sinele şi corpul nu sunt inerent suprapuse, unul peste celălalt, şi cu toate acestea este necesar pentru o dezvoltare sănătoasă ca o asemenea suprapunere să devină realitate, astfel încât individul să poată deveni capabil să-şi permită să se identifice cu ceea ce, strict vorbind, nu este sinele. Psihicul ajunge treptat la o înţelegere cu corpul, astfel încât, la indivizii sănătoşi, se ajunge în cele din urmă la o stare de lucruri în care limitele corpului sunt în acelaşi timp şi limitele psihicului. Cercul pe care un copil de trei ani îl desenează şi îl numeşte „raţă” reprezintă atât persoana raţei, cât şi corpul raţei. Acest lucru este o realizare care

este însoţită de capacitatea de a folosi persoana I. După cum este bine cunoscut, există mulţi care nu ajung atât de departe sau care pierd ce au dobândit.

Multe dintre lucrurile care s-au scris despre integrare se aplică şi instalării psihicului în corp. Experienţele liniştite şi experienţele excitate contribuie fiecare în modul propriu. Cele două direcţii din care se poate naşte această instalare sunt cea personală şi cea a mediului; experienţa personală a impulsurilor, senzaţiilor la nivelul pielii, erotismului muscular şi a pulsiunilor implicând excitarea întregii persoane şi, de asemenea, chestiunile de gestionare corporală şi întâmpinarea cererilor pulsionale într-un asemenea mod încât gratificarea să devină posibilă. Un accent special poate fi pus aici pe exerciţiul fizic, mai ales cel care apare spontan. În prezent este acceptat, în domeniul îngrijirii copilului, că este important să se permită plăcerea pe care micuţii bebeluşi o au în a sta goi şi a da din picioruşe. Efectul înfăşării s-a demonstrat că afectează dezvoltarea personalităţii.[46]

Ratarea experienţei pulsionale poate să ducă mai ales la o slăbire sau pierdere a legăturii psihic-corp. Relaţia revine în timp totuşi, în cazul în care gestionarea liniştită (neexcitată) este bine fundamentată.

În cadrul psihiatriei adulţilor, termenul „depersonalizare” este folosit pentru a descrie pierderea relaţiei dintre *psyche* şi *soma*. Acest termen poate fi folosit pentru a descrie o stare clinică frecventă la copiii normali, o stare care este în mod obişnuit numită „criză biliară”, deşi vărsăturile nu sunt întotdeauna prezente; copilul este, pentru o perioadă de timp, flasc şi alb ca varul, şi nu este disponibil pentru niciun fel de contact – şi totuşi, în câteva

---

46 G. Gorer şi J. Rickman (1949): [The People of Great Russia: a psychological study].

minute sau ore, el îşi revine şi este perfect normal, cu tonus muscular normal şi piele caldă.

Paranoia şi

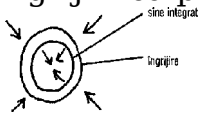
NAIVITATEA[47]

Uneori este instructiv să compari două extreme. În cadrul dezvoltării normale, integrarea şi instalarea psihicului în corp depind atât de factorii personali ai experienţelor funcţionale trăite, cât şi de îngrijirea furnizată de mediu. Totuşi uneori accentul este pus pe factori, iar alteori, pe îngrijire.

În primul tip extrem de dezvoltare, bebeluşul individual este implicat într-o aşteptare a persecuţiei. Unificarea sinelui constituie un act de ostilitate împotriva nemiNE-lui, iar reîntoarcerea la odihnă nu este o reîntoarcere într-un loc odihnitor, deoarece locul a fost tulburat şi a devenit periculos. Aici se află deci o sursă foarte timpurie de dispoziţie paranoidă, foarte timpurie, dar nu moştenită sau cu adevărat constituţională.

În cel de-al doilea tip extrem de dezvoltare, îngrijirea furnizată de mediu este cauza principală a unificării sinelui; chiar se poate spune că sinele a fost unificat. Aici există o relativă absenţă a unei persecuţii aşteptate, dar în schimb există un fundament pentru naivitate, pentru o incapacitate de a se aştepta la persecuţie şi pentru o dependenţă irevocabilă de o bună furnizare a mediului.

În cazurile normale, care se află între cele două extreme, există o aşteptare la persecuţie, dar şi experienţa unei îngrijiri ca protecţie în faţa persecuţiei.



Plecând de la această bază, individul poate deveni treptat capabil să substituie autoîngrijirea îngrijirii şi

47 „Naivete" în original. (N. t.)

poate deci dobândi un grad de independenţă care nu este posibil nici în extrema naivă, nici în cea paranoidă.

Capitolul 4

Stările cele mai timpurii e poate examina un stadiu încă şi mai timpuriu al dezvoltării individuale, folosind iar o nouă metodă de prezentare. Putem folosi o diagramă.

Acum mediul deţine cel mai important rol şi nu poate fi lăsat deoparte nici în teorie, nici în practică.

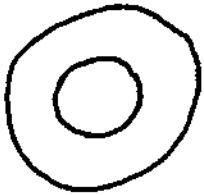
Orice va fi spus acum va trebui să fie aplicabil bebeluşului atât înaintea naşterii la termen, cât şi după naştere. Nu este necesar să decidem vârsta exactă la care fătul devine o persoană ce poate fi studiată din punct de vedere psihologic, dar se poate spune cu relativă certitudine că, în timp ce un copil postmatur dă semne că a stat prea mult în uter, un copil prematur dă semne că are o capacitate redusă de a avea experienţe ca fiinţă umană. Fără îndoială, momentul potrivit din punct de vedere psihologic pentru naşterea unui bebeluş este mai mult sau mai puţin acelaşi cu cel potrivit din punct de vedere somatic, şi anume după nouă luni de existenţă intrauterină.

Efectul procesului naşterii va fi studiat în capitolul următor, dar acum este necesar să încercăm să găsim un limbaj aplicabil fătului aflat aproape determen, astfel încât atunci când vom examina efectul traumei naşterii asupra individului, să avem un punct de pornire, un mod de a privi fătul uman care să aibă sens şi care să nu fie o construcţie imaginară din partea psihologului. Singura întrebare este: la ce vârstă începe o fiinţă umană să aibă experienţe? Trebuie să luăm în calcul existenţa unei capacităţi a copilului dinainte de naştere de a reţine amintiri corporale, de vreme ce există un număr de dovezi că, începând dinainte de naştere, nimic din ceea ce experimentează o fiinţă umană nu se pierde. Este bine cunoscut că bebeluşii

au anumite mişcări în uter care la început sunt destul de asemănătoare cu mişcările de înot ale peştelui. Activităţile foarte importante ale bebeluşilor le sunt bine cunoscute mamelor care sunt atente la mişcările în uter din luna a şasea; probabil senzaţiile debutează de asemenea la un moment dat; în orice caz, este posibil şi chiar probabil să fie prezentă o organizare centrală care în mod obişnuit poate observa aceste experienţe.

Vreau să postulez un mod de a fi care este o realitate pentru copilul obişnuit atât înainte de naştere, cât şi după. Acest mod de a fi îi aparţine bebeluşului, şi nu observatorului. Continuitatea fiinţări înseamnă sănătate. Dacă se adoptă analogia cu o bulă, se poate spune că, dacă presiunea exterioară este adaptată celei interioare, atunci bula are o *continuitate a existenţei*, iar dacă ar fi un bebeluş uman, acest lucru s-ar numi „fiinţare”. Dacă, pe de altă parte, presiunea exterioară bulei este mai mare sau mai mică decât presiunea interioară, atunci bula este angajată într-o *reacţie la ingerinţă*. Se modifică ca reacţie la schimbarea din mediu, nu în urma unei experienţe impulsive personale. În termenii organismului uman, acest lucru înseamnă că există o întrerupere a fiinţării, iar locul fiinţări este luat de reacţia la ingerinţă. Atunci când ingerinţa se termină, reacţia la ea nu mai este actuală şi există o reîntoarcere la fiinţare. Aceasta mi se pare o descriere care nu numai că poate să ne ducă înapoi la viaţa intrauterină fără a solicita vreun efort de imaginaţie, dar poate şi să fie aplicată în mod util ca o simplificare extremă a fenomenelor foarte complexe aparţinând vieţii de la orice vârstă ulterioară.

Aceasta reprezintă izolarea absolută a individului ca parte a unităţii originare a aranjamentului mediu-individ.

1. 

Se naşte întrebarea: cum se va realiza contactul? Va fi ca parte a procesului de viaţă al individului sau ca parte a agitaţiei mediului?

2.

Haideţi să presupunem că adaptarea activă este aproape perfectă. Atunci rezultatul este după cum se vede în diagrama 2. Propriile mişcări ale individului (poate o mişcare fizică propriu-zisă a spatelui sau a piciorului în uter) descoperă mediul. Acest lucru, repetat, devine un model de relaţie.

Într-un caz mai puţin fericit, modelul de relaţie se bazează pe o mişcare din partea mediului, după cum se vede în diagrama 3. Această mişcare merită denumirea de „ingerinţă”.

3.

Individul reacţionează la ingerinţă, care este

imprevizibilă, de vreme ce nu are nimic de-a face cu procesul de viaţă al individului. Acest lucru, repetat, de asemenea devine un model de relaţie, iar rezultatul este foarte diferit de cel din cazul primului model. În timp ce, în prunul caz, totalul experienţelor este perceput ca parte din viaţă şi real, în cel de-al doilea caz, reacţia la ingerinţă îndepărtează de sentimentul unei trăiri reale, care este redobândit doar prin reîntoarcerea la izolarea în linişte (diagrama 4).

4.

Prin intermediul acestei reprezentări diagramatice simple, se poate arăta că influenţele mediului pot începe de la o vârstă foarte timpurie să determine dacă o persoană va încerca să experimenteze sau se va retrage din lume când va avea nevoie de o reasigurare că viaţa merită trăită. Este posibil ca rigiditatea şi inadaptabilitatea unei mame (datorate anxietăţii sau stării depresive) să se manifeste în acest mod pentru bebeluş înainte de momentul naşterii.

Discutând din punctul de vedere al acestui postulat al fiinţării, continuităţii fiinţării şi întreruperii acestei continuităţi prin reacţii la ingerinţe, cu reîntoarcere la fiinţare, putem face încă o afirmaţie: că, începând cu ceva timp înainte de naştere, bebeluşul uman se obişnuieşte cu întreruperile continuităţii şi începe să devină capabil să le tolereze, cu condiţia să nu fie prea severe sau prea prelungite. În termeni fizici, acest lucru înseamnă că bebeluşul nu numai că a avut experienţe de modificare a presiunii sau a temperaturii sau a altor fenomene simple din mediu, ci le-a şi apreciat şi a început să organizeze o modalitate de a se descurca cu ele. Din punctul de vedere al observatorului, mediul este la fel de important şi atunci

când există o simplă continuitate a fiinţării, şi atunci când provoacă o ingerinţă, iar continuitatea este întreruptă de o reacţie; pentru bebeluş totuşi, nu există niciun motiv pentru conştientizarea mediului îndeajuns de bun. Mediul îndeajuns de bun este absolut esenţial, trebuie să ne reamintim, pentru dezvoltarea naturală a fiinţei umane care se trezeşte la viaţă.

Încercările de a studia psihologia stadiilor foarte timpurii ale dezvoltării umane au fost viciate şi de obicei făcute inutile din cauza eşecului psihologului de a menţiona mediul îndeajuns de bun, pe care bebeluşul în mod inerent nu-l conştientizează, dar fără de care nu s-ar putea dezvolta. Uneori acest considerent poate fi aplicat practic chiar şi într-un tratament psihanalitic obişnuit. Ca exemplu, aş menţiona cazul unui pacient care, într-un anumit moment în analiza sa, a spus, în timp ce stătea întins pe canapea cu faţa în sus:

„Adineauri eram ghemuit undeva aici, în faţa mea, şi mă tot răsuceam în jurul meu”.

Imediat am plasat un mediu în jurul bebeluşului ghemuit, spunându-i pacientului: „Atunci când îmi spui asta, faci aluzie şi la ceva de care nu aveai cum să ştii, adică la existenţa a ceea ce eu aş numi un mediu”. (Mă refeream, bineînţeles, atât la condiţiile fizice din uter, cât şi la mediul psihologic.) Pacientul a spus: „Înţeleg ce vrei să spui, cum ar fi uleiul în care se învârt roţile”. (Analogie cu o cutie de viteze sau cu un sistem de roţi dinţate.)

Ca rezultat al faptului că am ştiut ce să fac cu acest moment de retragere, această experienţă s-a transformat într-un moment regresiv foarte important în cadrul analizei şi a dus la mari schimbări, inclusiv în ceea ce priveşte capacitatea pacientului de a trata realitatea externă într-o manieră nouă.

În toate tipurile de îngrijire a copilului şi gestionare infantilă, ca şi în îngrijirea bolnavilor fizic şi psihic, această

simplă diagramă a unui mediu care conţine individul este importantă pentru persoana care reprezintă mediul.

Principiul esenţial este că, prin adaptarea activă la necesităţile simple (pulsiunile încă nu şi-au preluat poziţia centrală), individul poate FI şi nu are nevoie să ştie de mediu. De asemenea, eşecurile adaptării declanşează întreruperea continuităţii fiinţării, reacţia la ingerinţa mediului şi o stare de lucruti care nu poate fi productivă. Narcisismul primar, sau starea *anterioară* acceptării realităţii unui mediu, este singura stare din care mediul poate fi creat.

Există un considerent subsidiar important care afectează atât gestionarea bebeluşilor, cât şi pe cea a bolnavilor grav psihotici care au regresat fie din cauza bolii, fie în cursul tratamentului datorat bolii. Mă refer la prima experienţă a acţiunii gravitaţiei.

Trebuie să postulăm un stadiu, care aparţine vieţii intrauterine, în care gravitaţia nu a apărut încă; iubirea, sau îngrijirea, poate fi exprimată şi apreciată doar în termeni fizici, prin adaptarea mediului care este aplicată din toate direcţiile. Una dintre schimbările declanşate de naşterea copilului este aceea că bebeluşul nou-născut trebuie să se adapteze la ceva foarte nou, adică la experienţa de a fi împins de jos în sus, în loc de aceea de a fi (con) ţinut din toate părţile. Bebeluşul trece de la a fi iubit din toate direcţiile la a fi iubit doar de jos în sus. Faptul că mamele recunosc acest lucru este ilustrat în felul în care îşi (con) ţin bebeluşii şi în felul în care îi înfaşă uneori strâns în scutece; încearcă să le ofere timp acestora pentru a se obişnui cu noul fenomen. Stângăcia în gestionarea acestei treceri de la era pregravitaţională la cea gravitaţională furnizează un fundament visului de a cădea la infinit sau de a fi ridicat la înălţimi infinite. Din simptomatologia oamenilor adulţi este evident că, din

punctul de vedere la bebeluşului, trecerea de la o eră la cealaltă poate reprezenta trecerea de la a fi iubit la a fi neglijat.

O stare primară de fiinţare: stadiile preprimitive

V a început există neintegrare, nu există nicio legătură h între trup şi psihic şi niciun spaţiu pentru o realitavâwite nemiNE. Teoretic, aceasta este starea originară, nestructurată şi neplanificată. În practică, acest lucru nu este adevărat, deoarece bebeluşul este îngrijit, adică iubit, ceea ce înseamnă iubit fizic. Adaptarea la necesităţi este aproape completă.

Pe măsură ce privim spre cele mai timpurii rădăcini ale dezvoltării emoţionale, descoperim din ce în ce mai multă dependenţă. În cel mai timpuriu stadiu, dependenţa de mediu este atât de completă, încât nu merită să ne gândim la noua fiinţă umană individuală ca la o unitate. În acest stadiu, unitatea este *aranjamentul mediu-individ* (sau oricum am numi acest lucru), unitate din care noul individ reprezintă doar o parte, în acest stadiu foarte timpuriu, nu este logic să discutăm despre un individ, şi asta nu doar din cauza gradului de dependenţă, şi nu doar din cauză că noul individ nu are încă puterea să distingă un mediu, ci şi din cauză că încă nu există un sine individual care să discrimineze între MINE şi nemiNE.

Atunci când privim, vedem o mamă şi vedem un copil care se dezvoltă în uterul ei, sau care este ţijiut în braţele ei, sau care se află în oricare alt fel în grija ei. Dar dacă privim prin ochii bebeluşului, nu am atins încă un stadiu în care să existe un loc din care să privim. Cu toate acestea, germenii dezvoltării viitoare se află acolo, iar continuitatea experienţei fiinţării este esenţială pentru sănătatea viitoare a bebeluşului care va fi un individ.

Care este starea individului uman atunci când fiinţarea emerge din nefiinţare? Care este fundamentul naturii umane în termenii dezvoltării individuale? Care

este starea fundamentală la care fiecare individ, oricât ar fi de bătrân şi oricâte experienţe ar avea, poate să se reîntoarcă pentru a o lua de la început?

O descriere a acestei stări trebuie să implice un paradox. La început există o singurătate intrinsecă. În acelaşi timp, această singurătate nu poate exista decât în condiţii de maximă dependenţă. Aici, la început, continuitatea fiinţării noului individ se petrece în lipsa oricărei conştientizări a mediului său a iubirii din mediu, acesta fiind numele pe care îl dăm (în acest stadiu) adaptării active de o asemenea manieră şi într-un asemenea grad încât continuitatea fiinţării să nu fie tulburată de reacţia la ingerinţe.

Cu excepţia începutului, această singurătate fundamentală şi inerentă nu mai este niciodată reprodusă exact. Cu toate acestea, de-a lungul vieţii unui individ, continuă să existe o singurătate fundamental inalterabilă şi inerentă, însoţită de absenţa conştientizării condiţiilor intrinseci acestei stări de singurătate.

Dorinţa de a ajunge la această singurătate interferează cu diverse anxietăţi şi este ascunsă în capacitatea unei persoane sănătoase de a-şi îngriji singură partea sinelui destinată autoîngrijirii.

Starea anterioară celei de singurătate este una de lipsă de viaţă, iar dorinţa de a muri este adesea o dorinţă deghizată de a nu fi încă viu. Experienţa „primei deşteptări” îi conferă individului uman ideea că există o stare paşnică de lipsă de viaţă care poate fi atinsă în mod paşnic printr-o regresie extremă. Multe dintre lucrurile care sunt în mod obişnuit spuse sau simţite despre moarte au legătură cu această primă stare de *dinaintea fiinţării*, în care singurătatea este o realitate şi cu mult înainte ca dependenţa să fie întâlnită. Viaţa unui individ este un interval între aceste două stări de lipsă de viaţă. Prima dintre acestea, din care apare viaţa, nuanţează ideile

oamenilor despre a doua moarte.

Freud vorbea despre starea anorganică din care emerge fiecare individ şi la care se reîntoarce fiecare individ şi, plecând de la această idee, şi-a formulat opinia despre Pulsiunile de Viaţă şi de Moarte. Faptul că Freud a prezentat această realitate evidentă şi a lăsat să se înţeleagă că în ea se ascunde un adevăr demonstrează geniul lui. Nici utilizarea imediată de către Freud a acestei realităţi, nici dezvoltarea unei teorii despre Pulsiunile de Viaţă şi de Moarte pornind de la ea nu mă conving, şi ar fi mai fructuos dacă cei care doresc să dezvolte munca lui Freud în acest domeniu ar ignora totul cu excepţia ideii originare.

Aş vrea să alătur două formulări separate, punând în lumină un paradox; un observator poate percepe că fiecare fiinţă umană individuală rezultă că materie organică din materie anorganică, iar la timpul potrivit se reîntoarce la starea anorganică. (Nici măcar acest lucru nu este cu totul adevărat, de vreme ce individul se dezvoltă dintr-un ovul cu o preistorie alcătuită din toate ovulele ancestrale fertilizate de la apariţia originară a materiei organice din cea anorganică, în urmă cu milioane de ani); în acelaşi timp, din punctul de vedere al individului şi al experienţei individuale (care constituie psihologia), apariţia nu s-a făcut dintr-o stare anorganică, ci din singurătate; această staze care se naşte înainte de dependenţă poate fi recunoscută, dependenţa fiind de necontestat; această stare este mult anterioară pulsiunilor, şi încă şi mai îndepărtată de capacitatea de vinovăţie. Atunci ce poate fi mai natural decât că această stare, a cărei experienţă s-a făcut, să fie revendicată în explicarea morţii incognoscibile care urmează vieţii?

Bebeluşul (sau fătul) nu are deloc capacitatea de a fi îngrijorat cu privire la moarte. Totuşi trebuie să existe în fiecare bebeluş capacitatea de a fi îngrijorat cu privire la

singurătatea predependenţei, de vreme ce aceasta a fost trăită, iar această idee nu este tulburată de nesiguranţa cu privire la momentul în care bebeluşul uman începe să existe.

Recunoaşterea acestei experienţe umane inerente a singurătăţii pie-dependente este de o importanţă extraordinară. Dezvoltarea ulterioară a lui Freud a teoriei despre Pulsiunile de Viaţă şi de Moarte introduce conceptul de moarte percepută, distincţia percepută dintre stările organică şi anorganică, şi chiar ideea distructivităţii, şi în acelaşi timp Freud omite să se refere la dependenţa originară, mai mare tocmai pentru că nu este încă simţită, şi la înţelegerea şi perceperea treptată a dependenţei. Până la urmă, teoria lui devine o falsă teorie a morţii ca sfârşit al vieţii şi, de asemenea, o teorie a agresivităţii care este şi ea falsă deoarece evită două surse extrem de importante ale agresiunii: cea care este inerentă impulsului de iubire primitiv (în stadiul preîndurare, în afara reacţiei la frustrare) şi cea care aparţine întreruperii continuităţii fiinţării prin ingerinţe care impun reacţii. Dezvoltarea teoriei psihanalitice în vederea cuprinderii acestor (şi poate şi altor) fenomene timpurii probabil a făcut că teoria freudiană despre Pulsiunile de Viaţă şi de Moarte să fie redundantă, şi mi se pare că propria îndoială a lui Freud cu privire la validitatea acestei teorii a devenit mai importantă decât teoria însăşi. Totuşi bineînţeles că este posibil ca eu să fi înţeles greşit ce voia Freud să spună cu adevărat.

Dacă poate fi găsită secvenţialitatea: singurătate, dependenţă crescută, impuls pulsional într-un stadiu anterior îndurării, apoi îngrijorare şi vinovăţie, nu pare necesar să introducem o „Pulsiune a Morţii”. Dacă, pe de altă parte, nu există niciun element agresiv în impulsul de iubire primitiv, ci doar furie în urma frustrării, şi deci dacă trecerea de la neîndurare la îngrijorare nu are importanţă,

atunci este necesar să căutăm o teorie alternativă a agresiunii, iar atunci Pulsiunea Morţii trebuie reexaminată.

Moartea, pentru un bebeluş aflat la început, înseamnă ceva foarte bine definit, şi anume pierderea fiinţării datorită reacţiei prelungite la ingerinţele din mediu (eşecul adaptării îndeajuns de bune). Nu este nevoie să trecem dincolo de asta şi să forţăm o teorie a cunoştinţei infantile timpurii a lipsei de viaţă, care este absurdă, de vreme ce ar presupune o dezvoltare importantă care, prin ipoteză, încă nu a avut loc.

Haos

„Ilk a are ne postulăm o stare originară de haos. Haosul este un concept care poartă în el ideea de ordine; şi nici întunericul nu există la început, de vreme ce întunericul implică lumină. La început, înainte ca fiecare individ să creeze lumea din nou, există pur şi simplu o stare de fiinţare şi zorii unei conştientizări a continuităţii fiinţării şi a continuităţii existenţei în timp.

Haosul apare prima oară în istoria dezvoltării emoţionale a individului ca urmare a întreruperilor reactive ale fiinţării, mai ales atunci când aceste întreruperi durează prea mult. Iniţial, haosul este ruperea firului fiinţării, iar recuperarea se produce prin reexperimentarea continuităţii; dacă tulburarea depăşeşte un grad de toleranţă stabilit prin experienţele anterioare de fiinţare continuă, atunci, după nişte legi economice primare o cantitate de haos va intra în constituţia individului.

Haosul capătă înţeles exact atunci când începe să se discearnă un fel de ordine. Reprezintă o alternativă la ordine şi, în momentul în care haosul însuşi poate fi perceput de individ, a devenit deja un fel de ordine, o stare care poate deveni organizată ca apărare împotriva anxietăţilor asociate cu ordinea.

Haosul capătă noi înţelesuri în relaţie cu ordinea care se numeşte „integrare” Neintegrarea – starea primară – nu este haotică. Dezintegrarea este haotică, reprezentând o alternativă la ordine, şi se poate spune că este un tip rudimentar de organizare defensivă, defensivă împotriva anxietăţilor pe care integrarea le aduce cu ea. Cu toate acestea, dezintegrarea nu este o stare care să poată continua de la sine, şi în măsura în care trebuie menţinută, dezvoltarea emoţională trebuie suspendată. Fiecare formă de haos contribuie la haosul care aparţine stadiilor următoare, iar revenirea din haos într-un stadiu timpuriu furnizează o contribuţie pozitivă la revenirea ulterioară din haos.

Fără îndoială că există un grad de haos în mediu, care nu poate duce decât la o stare defensivă haotică în individ, cu un rezultat greu de diferenţiat clinic de defectul mintal care ţine de o deficienţă a ţesutului cerebral. Defectul rezultă în acest caz dintr-o stagnare permanentă a dezvoltării la o dată foarte timpurie.

Haosul lumii interioare este un fenomen care apare mult mai târziu. În limbajul fenomenelor mai târzii, haosul lumii interioare este o stare organizată care derivă din sadismul oral şi aparţine vieţii pulsionale a fiinţei umane care a atins statutul de unitate şi are un înăuntru şi un în afară. Anxietatea ipohondriacă ţine de acest haos dinăuntru, iar depresia (una dintre formele ei) implică un control magic asupra tuturor fenomenelor interne, până la reconstrucţia ordinii intrinseci.

Haosul din lumea externă care este elaborat de pacientul depresiv reprezintă încercarea individului de a arăta cum este interiorul lui. Ca apărare împotriva unei astfel de proceduri, individul poate deveni obsedat de necesitatea de ordine exterioară, ca în nevroza obsesională; dar comportamentul obsesional permanent indică haosul interior, aşa încât ordinea obsesională nu

poate vindeca, deoarece nu poate trata decât cu reprezentările externe sau negările haosului intern.

Deci la început nu există haos pentru că nu există ordine. Această stare poate fi numită „neintegrare”. Haosul apare în relaţie cu integrarea şi reîntoarcerea la haos se numeşte „dezintegrare”.

Următoarele stări defensive nu sunt haotice, dar sunt de natura clivajului. Clivajul este o stare esenţială pentru toate fiinţele umane, dar una care poate să nu devină semnificativă, dacă gestionarea efectuată de mamă face posibilă amortizarea iluziilor. În absenţa unei adaptări active care să fie îndeajuns de bună, clivajul devine semnificativ, cu următoarele rezultate:

A. Rădăcina sinelui adevărat, cu spontaneitatea, relaţionată în mod omnipotent cu lumea subiectivă, incomunicabilă şi

B. Şinele fals relaţionat pe baza complianţei (fără spontaneitate) cu ceea ce noi numim realitatea exterioară.

Treptat, pe măsură ce dezvoltarea avansează, individul poate cuprinde clivajul care există în personalitate, şi atunci lipsa unităţii este numită „disociere”.

Atingerea statutului de unitate şi a poziţiei depresive face posibilă dramatizarea haosului, a clivajului şi a disocierii din lumea interioară personală, rezultatele complexe ale experienţelor pulsionale personale fiind încorporate în aceste dramatizări.

După ce individul a atins statutul de unitate, dezintegrarea este o desfacere organizată a integrării, determinată şi menţinută datorită anxietăţii intolerabile din experimentarea unităţii. Clivajul până la dezintegrare are loc de-a lungul liniilor de sciziune din aranjamentul lumii interioare sau al liniilor de sciziune din lumea exterioară percepută.

Disocierea este un termen care descrie o stare a unei

personalităţi relativ bine dezvoltate, în care există o lipsă destul de exagerată de comunicare între diverse elemente. De exemplu, poate exista o absenţă a comunicării între stările de somn şi de veghe prin reamintirea viselor. Există o disociere normală (în timp) între viaţa unui copil de trei ani şi viaţa aceluiaşi copil când creşte cu câţiva ani. Disocierea se poate manifesta ca o predispoziţie la „evaziuni”[48], la perioade de acţiune şi viaţă care nu se înscriu în caracterul generali al copilului şi pe care acesta nu şi le reaminteşte după aceea.

Individul devine acum capabil să piardă contactul cu organizările vaste asociate cu nivelurile primitive de existenţă şi să se bucure de o conştiinţă îmbogăţită şi, de asemenea, tulburată de inconştient. Anumite elemente din cadrul sinelui rămân inacceptabile pentru acesta şi o formă specială de inconştient (cel refulat) se constituie acum că trăsătură.

Refularea este numele dat pierderii din conştiinţa unei persoane mai mult sau mai puţin sănătoase a unor grupuri de sentimente, amintiri şi idei, cauza fiind durerea intolerabilă care aparţine conştiinţei iubirii şi urii coincidente şi a fricii de răzbunare. Inhibiţia pulsională este strâns legat de aceasta. În privinţa refulării aduce alinare psihanaliza clasică, permiţându-i pacientului să devină conştient de conflict şi să tolereze anxietatea care aparţine exprimării pulsionale libere.

Dacă dezvoltarea se desfăşoară bine, individul devine capabil să înşele, să mintă, să facă compromisuri, să accepte conflictul ca realitate şi să abandoneze ideile extreme de perfecţiune şi de opus al perfecţiunii, care fac existenţa intolerabilă. Capacitatea de a face compromisuri nu este o caracteristică a celor nebuni.

Fiinţa umană matură nu este nici atât de drăguţă, nici atât de urâcioasă ca cea imatură. Apa din pahar

---

48 în original „fugues". (N. (.)

conţine noroi, dar nu este noroi.

Funcţia intelectuală

1” a început există corpul, apoi un psihic care, la indivizi zii sănătoşi, devine treptat ancorat în corp; mai de JLxxivreme sau mai târziu apare un al treilea fenomen, care se numeşte „intelect” sau „minte”.

Cea mai bună abordare a unui studiu al locului minţii în natura umană este pornind de la baza simplei existenţe a continuumului *psyche-sama*, în prezenţa unui mediu care este îndeajuns de bun.

La început, mediul trebuie să se adapteze 100 la necesităţi, altfel starea de fiinţare este întreruptă de reacţia la ingerinţe. Totuşi, curând, o adaptare totală devine inutilă şi o treptată adaptare inadecvată la necesităţi devine utilă (fiind în acelaşi timp inevitabilă). Intelectul a început să explice şi să permită şi să se aştepte la o adaptare inadecvată (până la un anumit nivel) şi, astfel, să transforme un oarecare grad de adaptare inadecvată înapoi în adaptare totală. Experienţele sunt catalogate, clasificate şi puse în legătură cu un factor temporal. Cu mult înainte ca gândirea să se constituie că trăsătură, gândirea necesitând probabil cuvinte, intelectul avea deja o funcţie de îndeplinit. Funcţia intelectuală variază deci într-un foarte mare grad de la bebeluş la bebeluş, de vreme ce travaliul care trebuie îndeplinit de către minte depinde nu atât de factorii inerenţi ai fiinţării şi ai creşterii, cât de comportamentul mediului său al mamei care îngrijeşte bebeluşul. O gestionare haotică (mamă nebună) determină o confuzie intelectuală şi un tip de defect mintal, dar o uşoară creştere a efortului datorată unei adaptări inadecvate iniţiale poate determina o supradimensionare intelectuală şi o dezvoltare a minţii care poate fi folosită mai târziu într-un mod valoros, deşi această stare aduce cu ea un anume grad de instabilitate, de vreme ce, ca fenomen, este mai degrabă reactivă decât

inerentă.

Într-un caz extrem, o supradezvoltare intelectuală care reuşeşte să contrabalanseze adaptarea inadecvată la necesităţi devine ea însăşi atât de importantă în economia copilului, încât mintea devine bona care acţionează ca mamă-surogat şi îngrijeşte copilul în sinele acestuia. Într-un astfel de caz, mintea are o falsă funcţie şi o viaţă proprie şi ajunge să domine continuumul *psyche-sama*, în loc să reprezinte o funcţie specială a acestuia. Rezultatul îi poate mulţumi pe profesorii şi părinţii care apreciază inteligenţa. Cu toate acestea, psihiatrii cunosc şi pericolele, şi sentimentul de irealitate al tuturor lucrurilor, pentru un individ care s-a dezvoltat într-un astfel de mod. Această abordare a studiului folosirii minţii trebuie efectuată împreună cu studiul capacităţii intelectuale care depinde de calitatea creierului, calitate ce este în mare parte o chestiune de ereditate. Testele de inteligenţă de rutină care au fost proiectate cu atenţie şi ingeniozitate în ultimii ani intenţionează să examineze această din urmă calitate a intelectului. Totuşi aceste teste nu oferă niciun fundament pentru evaluarea personalităţii sau a creşterii emoţionale personale.

Retragere şi regresie în stadiile finale ale unei psihoterapii în care a existat o h regresie localizată în situaţia analitică, şi dezvoltată şi vE» menţinută în cadrul profesional al tratamentului, devine evident că există o relaţie strânsă între această regresie şi retragerea obişnuită. Retragerea este un fenomen frecvent şi, dacă condiţiile nu sunt favorabile, atunci retragerea este organizată într-un mod ostil şi se poate aplica expresia „a fi morocănos”.

Este util să judecăm retragerea ca o stare în care persoana în cauză (copil sau adult) (con) ţine o parte regresată a sinelui şi o îngrijeşte, sacrificând relaţiile externe.

Dacă, în momentul unei retrageri din cadrul unei psihoterapii, unde există posibilitatea observării şi gestionării pline de tact, terapeutul intervine rapid şi (con) ţine copilul, atunci pacientul îi transferă terapeutului îngrijirea şi devine treptat acel copil.

Retragerea este o procedură protectoare şi este utilă, dar reîntoarcerea din retragere nu aduce nicio alinare şi chiar există complicaţii inerente acestui proces. Totuşi regresia are o calitate tămăduitoare, de vreme ce prin ea pot fi corectate experienţe timpurii şi există o odihnă reală în experienţa şi recunoaşterea dependenţei. Reîntoarcerea din regresie depinde de o recâştigare a independenţei, iar dacă acest lucru este bine gestionat de către terapeut, rezultatul este că pacientul se va re haotică (mamă nebună) determină o confuzie intelectuală şi un tip de defect mintal, dar o uşoară creştere a efortului datorată unei adaptări inadecvate iniţiale poate determina o supradimensionare intelectuală şi o dezvoltare a minţii care poate fi folosită mai târziu într-un mod valoros, deşi această stare aduce cu ea un anume grad de instabilitate, de vreme ce, ca fenomen, este mai degrabă reactivă decât inerentă.

Într-un caz extrem, o supradezvoltare intelectuală care reuşeşte să contrabalanseze adaptarea inadecvată la necesităţi devine ea însăşi atât de importantă în economia copilului, încât mintea devine bona care acţionează ca mamă-surogat şi îngrijeşte copilul în sinele acestuia. Într-un astfel de caz, mintea are o falsă funcţie şi o viaţă proprie şi ajunge să domine continuumul *psyche-satm*, în loc să reprezinte o funcţie specială a acestuia. Rezultatul îi poate mulţumi pe profesorii şi părinţii care apreciază inteligenţa. Cu toate acestea, psihiatrii cunosc şi pericolele, şi sentimentul de irealitate al tuturor lucrurilor, pentru un individ care s-a dezvoltat într-un astfel de mod. Această abordare a studiului folosirii minţii trebuie

efectuată împreună cu studiul capacităţii intelectuale care depinde de calitatea creierului, calitate ce este în mare parte o chestiune de ereditate. Testele de inteligenţă de rutină care au fost proiectate cu atenţie şi ingeniozitate în ultimii ani intenţionează să examineze această din urmă calitate a intelectului. Totuşi aceste teste nu oferă niciun fundament pentru evaluarea personalităţii sau a creşterii emoţionale personale.

Retragere şi regresie

A

1 Ş” n stadiile finale ale unei psihoterapii în care a existat o regresie localizată în situaţia analitică, şi dezvoltată şi

II. menţinută în cadrul profesional al tratamentului, devine evident că există o relaţie strânsă între această regresie şi retragerea obişnuită. Retragerea este un fenomen frecvent şi, dacă condiţiile nu sunt favorabile, atunci retragerea este organizată într-un mod ostil şi se poate aplica expresia „a fi morocănos”.

Este util să judecăm retragerea ca o stare în care persoana în cauză (copil sau adult) (con) ţine o parte regresată a sinelui şi o îngrijeşte, sacrificând relaţiile externe.

Dacă, în momentul unei retrageri din cadrul unei psihoterapii, unde există posibilitatea observării şi gestionării pline de tact, terapeutul intervine rapid şi (con) ţine copilul, atunci pacientul îi transferă terapeutului îngrijirea şi devine treptat acel copil.

Retragerea este o procedură protectoare şi este utilă, dar reîntoarcerea din retragere nu aduce nicio alinare şi chiar există complicaţii inerente acestui proces. Totuşi regresia are o calitate tămăduitoare, de vreme ce prin ea pot fi corectate experienţe timpurii şi există o odihnă reală în experienţa şi recunoaşterea dependenţei. Reîntoarcerea

din regresie depinde de o recâştigate a independenţei, iar dacă acest lucru este bine gestionat de către terapeut, rezultatul este că pacientul se va afla într-o stare mai bună decât înainte de episod. Toate acestea depind, bineînţeles, atât de existenţa unei capacităţi de a avea încredere, cât şi de capacitatea terapeutului de a justifica această încredere, şi poate exista o lungă fază preliminară a tratamentului consacrată construirii încrederii.

În regresia dintr-o psihoterapie, pacientul (de orice vârstă) trebuie să poată ajunge în cele din urmă la o absenţă a conştientizării îngrijirii furnizate de mediu şi dependenţei, ceea ce va însemna că terapeutul furnizează o adaptare la necesităţi îndeajuns de bună. Aceasta este starea de narcisism primar, care trebuie atinsă în anumite momente ale tratamentului. În călătoria de reîntoarcere, pacientul are nevoie ca terapeutul să joace două roluri – cel mai rău imaginabil, în toate privinţele, şi cel mai bun – sau o figură maternă idealizată angajată într-o îngrijire perfectă a copilului. Recunoaşterea treptată a identităţii atât a terapeutului idealizat, cât şi a celui foarte rău merge mână în mână cu acceptarea gradată din partea pacientului a binelui şi răului din cadrul sinelui, a disperării şi a speranţei, a irealului şi a realului şi chiar a tuturor extremelor contrastante. La sfârşit, dacă totul merge bine, va exista o persoană care va fi umană şi imperfectă, aflată într-o relaţie cu un terapeut care este imperfect în sensul de a nu fi dispus să acţioneze perfect dincolo de un anumit grad şi de o anumită perioadă de timp.

Aceleaşi lucruri se întâlnesc şi în îngrijirea obişnuită a copilului, dar simt mai greu de studiat prin observarea directă a mamei şi bebeluşului, decât prin studiul relaţiei terapeutice.

Experienţa naşterii e poate afirma cu certitudine că nu există cunoştinţe exacte despre efectul procesului

naşterii asupra bebeluşului care se naşte. Este dificil chiar şi de dovedit că există vreun efect. Mulţi ar argumenta că nu poate exista vreun efect, de vreme ce bebeluşul încă nu există ca fiinţă umană, pentru a fi afectat. Punctul de vedere pe care îl propun aici este că, la termen, există deja o fiinţă umană în uter, una care poate avea experienţe şi acumula amintiri corporale şi chiar organiza măsuri defensive pentru a face faţă traumelor (ca de exemplu întreruperea continuităţii fiinţării datorită reacţiei la ingerinţele mediului, în măsura în care mediul eşuează în adaptare).

Conform acestui punct de vedere, feţii la termen trec prin procesul naşterii fiecare cu o capacitate sau lipsă de capacitate individuală de a face faţă marii treceri de la a fi nenăscut la a fi născut. În acest context, trebuie reamintit că există o variabilitate extremă a gradului în care evenimentul naşterii este traumatic pentru bebeluş, presupunându-se că bebeluşul există ca fiinţă care poate fi luată în considerare.

Cred că trebuie să postulăm existenţa unei naşteri normale, adică existenţa unei treceri de la starea de a fi nenăscut la cea de a fi născut care să nu fie traumatică.

Întrebarea este: ce înseamnă acest lucru în termenii psihologiei bebeluşului? Naşterea normală implică bei mari trăsături: în primul rând, faptul că bebeluşul trăieşte o întrerupere fiagrantă a continuităţii fiinţării (datorită ingerinţelor schimbării presiunii etc.), dar a devenit deja capabil într-o oarecare măsură să umple golurile din continuitatea fiinţării, asociate cu reacţia la ingerinţe; în al doilea rând, faptul că bebeluşul a adunat amintiri ale senzaţiilor şi impulsurilor care reprezintă fenomene ale sinelui, de vreme ce aparţin perioadelor în care fiinţarea, mai degrabă decât reacţia, era la ordinea zilei. A treia trăsătură este reprezentată de faptul că mecanismul procesului naşterii nu este prea anormal, adică naşterea

nu este nici precipitată, nici întârziată. Pornind de la aceste presupuneri, putem concepe o naştere în care, din punctul de vedere al bebeluşului, trecerea de la starea nenăscută la cea născută este declanşată *de către bebeluş*, care este pregătit din punct de vedere biologic pentru schimbare şi care ar fi afectat negativ de întârzierea acesteia. Prin asta vreau să spun că bebeluşul are o serie de impulsuri şi că progresia înspre a fi născut vine din capacitatea bebeluşului de a se simţi responsabil. Noi ştim, bineînţeles, că naşterea a fost declanşată de contracţiile uterine. Dar *din punctul de vedere al bebeluşului*, impulsul lui a fost cel care a produs schimbarea şi progresia fizică, de obicei cu capul înainte, către o poziţie nouă şi necunoscută. Sigur că se înscrie între limitele normalului existenţa unui grad considerabil de reacţie la diversele senzaţii şi ingerinţe noi, care o să determine în mod inevitabil întreruperi repetate ale continuităţii fiinţării, solicitând până la limita extremă capacitatea bebeluşului de a tolera aceste întreruperi. Trebuie să pornim de la presupunerea că poate exista o naştere care, din punctul de vedere la bebeluşului, nu devine o ingerinţă într-un grad excesiv, ci este ceva produs de impulsurile către mişcare şi schimbare care izvoresc chiar din starea de a fi viu a bebeluşului. Schimbarea stării bebeluşului de la a nu respira la a respira este de obicei folosită pentru a exemplifica natura intrinsec traumatică a faptului de a fi născut sau de a fi fost născut.

Totuşi sugerez că experienţa anterioară a bebeluşului de recuperare în urma reacţiei la ingerinţe, plus pregătirea lui biologică pentru trecerea la respiraţia propriu-zisă pot acoperi până şi iniţierea respiraţiei şi că, de fapt, un bebeluş postmatur poate la naştere să sufere deja din cauza întârzierii respiraţiei. În mod similar, un bebeluş prematur poate rata ceva din *valoarea* experienţei naşterii.

Bebeluşii născuţi prin operaţii cezariene reprezintă

un caz special, iar studiul modelului anxietăţii la persoanele născute prin operaţii cezariene poate arunca uşor o lumină interesantă asupra problematicii sensului naşterii pentru bebeluş, după cum a sugerat chiar Freud.[49]

Presupun că într-o naştere normală nu există nici grabă, nici întârziere şi că bebeluşul născut printr-o operaţie cezariană, deşi în anumite privinţe avantajat faţă de ceilalţi bebeluşi, pierde ceva prin faptul de a fi privat de experienţa obişnuită a naşterii. Cel mai important factor variabil este întârzierea, care apare atât de frecvent în procesul naşterii, datorită faptului că mamele au început să aibă copii destul de târziu în societatea noastră; acest lucru, cuplat cu inhibiţiile ce aparţin civilizaţiei şi cu realitatea mărimii capului bebeluşului uman, determină o stare de lucruri în care este improbabil, de fapt, să aibă loc prea multe naşteri normale. Probabil că uşoare grade de întârziere ce depăşesc capacitatea bebeluşului de a tolera întârzierea sunt foarte frecvente şi, din punct de vedere clinic, descoperim aici un fundament pentru interesul intelectual cu privire la timp şi la diviziunea timpului şi la dezvoltarea unui simţ al sincronizării. Multe fiinţe umane posedă amintiri corporale ale procesului naşterii ca exemplu izbitor de întârziere dincolo de orice înţelegere, de vreme ce, pentru un bebeluş care reacţionează la ingerinţele unei naşteri întârziate, nu există niciun precedent şi nicio unitate de măsură cu care să măsoare întârzierea sau să prevadă rezultatul. Nu există nicio modalitate prin care să-i comunicăm bebeluşului, în timpul unei naşteri întârziate, că aproximativ într-o jumătate de oră se va termina totul, şi din această cauză bebeluşul este prins într-o întârziere indefinită sau „infinită”. Acest tip de experienţă dureroasă conferă un fundament puternic pentru chestiuni de tipul formei în muzică unde, în lipsa

49 Comunicare personală [a lui Freud] către John Rickman. [Vezi şi Freud (1905).]

oricărei rigidităţi a unui cadru, ideea finalului este menţinută în mintea ascultătorului chiar de la început. Muzică fără formă este plictisitoare. Lipsa de formă în general este infinit de plictisitoare pentru cei ce sunt în mod particular afectaţi de acest tip de anxietate, din cauza întârzierilor, dincolo de orice înţelegere, ce s-au petrecut în pruncia lor. Muzica, având o structură a formei clară, determină o reasigurare particulară, separat de celelalte valori ale muzicii.

Acesta este un exemplu relativ sofisticat şi există mulţi care nu se pot simţi reasiguraţi împotriva infinitului folosind forme. Pentru aceştia, este necesară o descriere rudimentară a unui program exact după ceas, pentru a preveni că plictiseala să-i covârşească. Infinitatea sau întârzierea aparţin într-un mod destul de natural procesului naşterii, în timp ce nu este atât de normal şi este în mod special important pentru anumiţi bebeluşi să poată calcula probabilităţile cu mintea lor, astfel încât să ajungă să poată prevedea hrănirea pe baza zgomotelor din bucătărie sau justifica în cele din urmă o întârziere prin înţelegerea tipului de motive ce le determină pe mame să nu fie punctuale.

În procesul naşterii se petrece şi trecerea majoră de la a nu respira la a respira. Posed dovezi provenite din munca clinică indicând că bebeluşul poate deveni conştient de respiraţia mamei în sensul de mişcări ale burţii sau schimbări ritmice ale presiunii sau zgomotelor şi că, după naştere, bebeluşul poate avea nevoie să restabilească contactul cu funcţionarea fiziologică a mamei, mai ales cu respiraţia ei. Din acest motiv, consider că este probabil ca anumitor bebeluşi să trebuiască să li se permită un contact nud cu mama, şi mai ales să poată fi mişcaţi în ritmul mişcărilor burţii ei. Probabil că pentru un bebeluş care tocmai s-a născut respiraţia mamei este cea care are sens, în timp ce propria lui respiraţie rapidă nu are sens până nu

începe să se apropie de frecvenţa ritmului respiraţiei mamei. Cu siguranţă că bebeluşii, fără a-şi da seama ce fac, se joacă cu ritmuri şi secvenţe, şi o observare atentă poate uneori releva că îşi reglează ritmul respiraţiei cu ritmul cardiac (de exemplu, efectuând o respiraţie completă pe durata a patru bătăi cardiace). Puţin mai târziu, îi putem vedea încercând să se descurce cu diferenţa dintre ritmul lor respirator şi cel al mamei şi, poate, cu relaţiile bazate la început pe respiraţia cu frecvenţă dublă sau triplă.

Succesiunea poate fi aceasta: conştientizarea intrauterină a bebeluşului cu privire la respiraţia mamei; conştientizarea propriei respiraţii. Fără îndoială că, dacă într-un caz particular nu există niciun motiv special pentru conştientizarea respiraţiei, atunci pur şi simplu fiziologia preia controlul, iar copilul respiră şi devine conştient de respiraţie fără a se putea spune ceva mai interesant în acest sens; dar acest lucru nu reprezintă în mod obişnuit neapărat normalul. Aparţine în mod particular dezvoltării copilului deficient mintal. Dar, dat fiind că există tot felul de fiinţe umane, se poate întâmpla să existe mulţi bebeluşi pentru care respiraţia să nu reprezinte un lucru chiar aşa important, deoarece au alte interese mai strigente, ca de exemplu imaginile eidetice sau echivalentul lor în domeniul auditiv sau kinestezic.

Naşterea anormală din punctul de vedere al bebeluşului înseamnă, din punctul nostru de vedere, travaliu prelungit. Multe dintre diversele complicaţii pe care noi le cunoaştem, ca observatori adulţi, sigur nu înseamnă nimic pentru bebeluşul care este pe ceile de a fi născut. Totuşi avem dovezi că ceea ce percepe bebeluşul este catalogat, în măsura în care întârzierile şi probabil durerile contracţiilor nu tulbură prea mult sau nu determină o perioadă prea lungă în care continuitatea fiinţării să fie întreruptă. În afara unei predispoziţii a

bebeluşului nou-născut pentru crize convulsive determinate de inflamaţia corticală, pot exista şi aşa-zisele „leşinuri”, fără fundament somatic. Nu trebuie uitată posibilitatea ca ele să furnizeze un model pentru dezvoltarea „absenţelor”[50] într-un stadiu ulterior. Se pare că doar un anumit grad al traumei naşterii poate fi conţinut ca experienţă de către bebeluş şi că cel mai rău scenariu nu ţine atât de afectarea severă ducând la inconştienţă, cât de o situaţie chinuitoare în care există progresia repetată fără prea multă presiune şi totuşi cu o lipsă repetată, de rezultat.

Reiese că, dacă toate acestea, sau măcar o parte, sunt adevărate, atunci există un înţeles foarte real pentru cuvântul „normal” ca descriere a unui copil nou-născut.

Cu siguranţă că cei mai mulţi copii nu se află în cea mai normală stare la naştere şi că au nevoie de o augmentare a tehnicilor de gestionare timpurie prin care mama furnizează un mediu reproducând cât se poate de fidel condiţiile intrauterine. Pare să existe o nevoie obişnuită de a fi (con) ţinut în linişte după naştere. Probabil că nu numai pielea este foarte sensibilă la schimbările de textură şi temperatură, dar că acelaşi lucru se poate spune şi în termeni psihologici generali.

Probabil că, prin prisma tehnicilor de îngrijire atentă, bebeluşul care a trecut printr-un travaliu deosebit de chinuitor are nevoie să-i fie permisă imediat după naştere o perioadă prelungită din cea mai simplă stare cu putinţă, fie cea de a fi (con) ţinut, fie cel mai apropiat echivalent disponibil. Cu siguranţă că ideea de a lua un nou-născut şi de a-l supune curăţării, sau chiar îmbăierii, nu poate reprezenta o procedură potrivită în astfel de cazuri. Mulţi copii au nevoie de o perioadă în care să-şi recupereze echilibrul pe care-l aveau sau să recupereze un sentiment

---

50 O varietate de crize convulsive generalizate; pot exista absenţe tipice (petit mal) sau atipice. (N. t.)

de continuitate a fiinţării în locul reacţiei la ingerinţe, astfel încât să poată începe din nou să aibă impulsuri şi chiar să caute activ sânul. Este important pentru mamă să-şi vadă copilul şi chiar să-l simtă lângă corpul ei imediat după naştere, şi există mame care simt că acest lucru este atât de important încât anestezia generală este ceva intolerabil pentru ele dacă nu-şi pot reveni din ea imediat ce copilul s-a născut. Totuşi ar fi greşit să spunem că *toţi* bebeluşii sunt pregătiţi pentru mamele lor imediat după naştere, de vreme ce mulţi dintre ei au nevoie să se recupereze în urma experienţelor pe care le-au avut. Probabil că nu este suficient de recunoscut că atât mama, cât şi bebeluşul care nu este prea tulburat pot amândoi beneficia foarte mult de pe urma câtorva momente împreună, cu bebeluşul în contact direct cu pielea mamei şi poate legănat de respiraţia acesteia, Se poate să nu fie o problemă de interes imediat în hrănire, deşi pare să existe loc pentru toate tipurile posibile de variaţii în cadrul termenului „normal”.

Presupun că nu ne putem gândi la tulburarea bebeluşului care poate apărea în urma experienţei naşterii doar în termenii dilacerării meningelui şi hemoragiei din canalul rahidian. Aceste traume fizice apar cu o frecvenţă considerabilă şi uneori starea fizică domină scena, dar în cazurile normale nu este vorba de o traumă fizică atât de importantă încât necesităţile emoţionale ale mamei şi copilului să trebuiască încălcate.

Probabil cea mai bună dovadă că experienţa naşterii este o experienţă reală sau, cu alte cuvinte, că bebeluşul deja există pentru a putea avea o experienţă provine din marea plăcere pe care o fac aproape tuturor copiilor (şi adulţilor, dacă stăm să ne gândim) activităţile şi jocurile care implică o punere în act a unuia sau altuia dintre aspectele procesului naşterii. În acest fel se poate vedea iar că, în măsura în care procesul naşterii este normal, el

este important pentru copil, astfel încât despre un copil născut în condiţii de narcoză severă datorată anesteziei mamei se poate spune că a pierdut ceva.

Există oameni care descoperă dovezi ale amintirilor corporale aparţinând procesului naşterii şi care, cu toate acestea, nu cred că există un individ prezent în momentul naşterii, capabil să aibă experienţe. Aceştia încearcă uneori să iasă din această dilemă postulând un inconştient rasial, un fel de amintire moştenită a naşterii datorită nenumăratelor naşteri ale strămoşilor. Dar teoria inconştientului rasial poate fi cu uşurinţă folosită ca o deturnare de la fenomenul foarte interesant şi important al dezvoltării individului şi al amintirilor experienţelor personale.

Nu este sigur dacă Freud însuşi credea că fiecare persoană reţine amintirile corporale ale procesului naşterii personale sau dacă presupunea existenţa a ceva precum un inconştient rasial, atunci când a observat că modelul anxietăţii poate fi determinat (cel puţin în parte) de către experienţele din timpul naşterii individului. Probabil iniţial credea în amintiri rasiale, dar ulterior a tins să gândească mai mult în termenii propriei istorii a individului.

Este relativ evident că, dacă bebeluşii sunt capabili, în felul pe care îl presupun eu, să aibă experienţe la această vârstă fragedă, atunci, dacă există întârzieri în procesul naşterii, pot apărea senzaţii foarte inconfortabile la nivel respirator, mai ales dacă se exercită o presiune asupra cordonului ombilical sau dacă acesta este în jurul gâtului; astfel încât bebeluşul devine parţial asfixiat înainte de a putea începe să respire.

Aceste idei, deşi dificile, pregătesc drumul pentru luarea în considerare a rezultatelor unei anamneze atente. Anamnezele potrivit efectuate mamelor care sunt mea în posesia tuturor datelor arată că (separat de tulburările corporale) bebeluşii variază în privinţa capacităţii lor de a

începe o viaţă pulsională în termenii alăptatului la sân. Variaţiile în capacitatea mamei de a hrăni, depinzând de propria ei psihologie, de trecutul ei personal şi de starea fizică a sânilor şi sfârcurilor ei, pot fi luate complet în considerare, şi nici stările a doi copii nu sunt prea asemănătoare între ele atunci când o mamă şi un copil încep să construiască o relaţie pe îndelete. Trebuie să rezervăm cuvântul „normal” pentru bebeluşul care este pregătit atunci când mama este pregătită, iar atunci putem folosi cuvântul „anormal” pentru a descrie toate gradele de iritabilitate pe care le întâlnim şi care adesea fac imposibil ca o mamă să hrănească un anumit copil, deşi nu a avut nicio dificultate cu ceilalţi copii ai ei.

Este ca şi cum anumiţi copii se nasc paranoizi, prin aceasta vrând să spun într-o stare de persecuţie expectativă, în timp ce alţii nu. Este foarte uşor de susţinut că bebeluşii paranoizi au moştenit o tendinţă sau manifestă un factor constituţional, dar argumentele în această direcţie trebuie precedate de un studiu al preistoriei bebeluşului, luând în considerare toate limitările ţinând de imaturitatea bebeluşului. Am descris anterior moduri în care o dispoziţie paranoidă poate fi congenitală, dar nu moştenită.

Pentru aceia care nu cred că există o fiinţă umană prezentă în acest stadiu timpuriu, nu există nicio altă cale decât să accepte factorii constituţionali, de vreme ce nu poate exista nicio îndoială că unii copii sunt foarte „dificili” de la început.

În relatările publicate ale teoriei psihanalitice, care s-a bazat la început pe studiul nevrozei la adulţi, pare adesea că viaţa ar începe pentru bebeluş odată cu prima hrănire. Acest lucru sigur nu este adevărat, şi orice studiu care ar face lumină asupra naturii bebeluşului în momentul primei hrăniri, şi de asemenea în momentul naşterii, ar fi binevenit. Nu este necesar ca totul să fie

cunoscut dintr-odată. Întrebarea este: care este cea mai bună abordare în studiul acestui subiect? Răspunsul evident este: observarea directă a bebeluşilor. Totuşi aici există dificultăţi foarte mari, de vreme ce nu este posibil să observăm un bebeluş decât în sensul privirii corpului şi urmăririi comportamentului. Probabil cel mai convingător studiu al necesităţilor copilăriei foarte timpurii provine din observarea pacienţilor analitici care au regresat în cursul tratamentului psihanalitic. Din propria mea experienţă, ceea ce m-a învăţat cel mai mult a fost observarea regresiei constante urmate de progres în cazurile borderline, adică în cazul indivizilor care trebuie să ajungă până la boala de tip psihotic dinăuntrul lor în cursul tratamentului Pacienţi mai sever bolnavi, aceia care au decompensat până la nivelul unei regresii în afara psihoterapiei nu simt atât de utili în cadrul acestui travaliu; dar din lucrările lui Rosen putem vedea că o aplicare directă a principiilor ce au fost descoperite ca valabile în tratamentul persoanelor mai puţin bolnave poate da rezultate chiar în cazul pacienţilor psihiatrici degeneraţi. Chiar dacă rezultatele lui Rosen nu ar fi durabile, ar fi suficiente pentru a dovedi că studiul psihozei este similar cu studiul istoriei psihologice foarte timpurii a individului aflat în dezvoltare.

Dacă privim această chestiune din unghiul opus, studiul stadiilor timpurii ale dezvoltării emoţionale individuale este cel care poate furniza înţelegerea sănătăţii mintale că absenţă a psihozei. Deci nu există studiu mai important ca acela al individului la începuturi, aflat într-o relaţie intimă cu mediul. În acest punct se întâlnesc mai multe discipline ale cercetării ştiinţifice generale, ale gestionării şi diagnosticului psihoterapeutic şi psihiatric şi, de asemenea, ale filosofiei, cărora le datorăm curajul de a avansa pas cu pas înspre o mai bună înţelegere a naturii umane.

Mediul
A
A Acum se poate efectua un studiu la mediului.

Pentru *indivizii maturi*, mediul reprezintă ceva la care individul contribuie şi pentru care bărbatul sau femeia îşi asumă individual responsabilitatea. Într-o comunitate în care există o proporţie îndeajuns de mare de indivizi maturi, există o stare de lucruri care furnizează fundamentul pentru ceea ce se numeşte „democraţie” Dacă proporţia indivizilor maturi se află sub o anumită valoare, democraţia nu poate deveni realitate politică, de vreme ce afacerile vor fi conduse de către cei imaturi, adică de către aceia care prin identificarea cu comunitatea îşi pierd propria individualitate sau de către aceia care nu evoluează niciodată dincolo de atitudinea individului dependent de societate.

Observând *adolescentul*, vedem lărgirea treptată a grupului cu care individul se poate identifica fără pierderea identităţii personale. Fundamentul acestui grup este reprezentat de viaţa familială, şi ştim cât de potrivit este pentru adolescent ca familia originară să continue să existe, astfel încât să se poată atât revoltă împotriva ei, cât şi să o poată folosi, şi astfel să poată exista experimentări cu alte grupuri mai largi fără pierderea grupului originar care are o preistorie, adică cel care a existat în anii timpurii formativi, înainte de perioada de latenţă. Copiii aflaţi în *perioada de latenţă* sunt foarte afectaţi de destrămarea căminului, deoarece în acel moment ei nu ar trebui să fie preocupaţi cu aceste chestiuni; trebuie să poată lua mediul înconjurător ca fiind de la sine înţeles şi să se îmbogăţească din punct de vedere educaţional şi cultural, şi să-şi îmbogăţească jocul şi toate tipurile de experienţe personale.

Existenţa situaţiei familiale are o importanţă foarte specială pentru băiat şi fată în timpul perioadei foarte

importante de creştere emoţională *dinaintea perioadei de latenţă* şi după dobândirea capacităţii de a stabili relaţii interpersonale ca între persoane întregi. Acolo unde situaţia familială are la bază o uniune satisfăcătoare între părinţi, copilul poate rezolva toate aspectele diverse ale situaţiei triunghiulare: pulsiunilor le poate fi permisă dezvoltarea completă, pot fi visate atât vise heterosexuale cât şi homosexuale, şi poate fi acceptată întreaga gamă a capacităţii pentru ură, ca şi pentru agresivitate pură şi cruzime de către fiecare copil. Toate aceste lucruri se întâmplă de-a lungul timpului datorită supravieţuirii căminului şi a uniunii dintre părinţi, datorită apariţiei şi supravieţuirii şi, uneori, bolii sau morţii fraţilor, şi datorită capacităţii părinţilor de a distinge realitatea de vis.

Deşi existenţa unui mediu familial este foarte importantă în acest stadiu, ea nu este totuşi esenţială. Poate ar fi mai potrivit să spunem că devine din ce în ce mai puţin esenţială pe măsură ce trece timpul şi pe măsură ce copilul devine capabil să folosească situaţii triunghiulare surogat în care să dramatizeze şi să rezolve toată gama de sentimente de care este capabil. Se poate spune că, o dată ce un copil a dobândit capacitatea de relaţii interpersonale în termeni de persoane întregi, dacă situaţia familială se destramă, copilul poate totuşi fi capabil să o gestioneze, dacă este asigurat un anumit substitut familial şi dacă este evitată confuzia. Copiii suportă sau îşi revin mai uşor în urma morţii părinţilor decât în urma complicaţiilor determinate de dificultăţile emoţionale dintre părinţi. Se poate spune că destrămarea unui cămin cu siguranţă modifică dezvoltarea emoţională a unui copil aflat în perioada prelatentă, dar depind multe de dezvoltarea emoţională anterioară a acelui copil. Tipul tulburării este de aşa manieră, încât, de exemplu, un copil mai mare îşi poate asuma un comportament matern faţă de unul mai mic atunci când căminul se destramă şi se poate

descurca bine, dar cu un preţ, de vreme ce o atât de mare responsabilitate nu ar fi trebuit să cadă pe nişte umeri atât de tineri. Cu toate acestea, copilul rămâne un copil, şi în anumite privinţe poate fi chiar îmbogăţit de către responsabilităţi. Abia aceasta este perioada în care un copil devine capabil să facă faţă separării de părinţi şi este important să distingem separările care implică folosirea de situaţii triunghiulare surogat – să locuiască pentru un timp cu o mătuşă, de exemplu – de cele care implică smulgerea copilului din situaţiile triunghiulare cunoscute şi trecerea la o gestionare impersonală, cum se întâmplă, de exemplu, atunci când este nevoie ca un copil să fie internat la spital. La această vârstă, copilul nu numai că a încorporat modelele din mediul înconjurător, ci a construit şi un model personal de aşteptări; s-a remarcat pe bună dreptate că, treptat, copilul dezvoltă un „mediu intern”, iar acesta, pe măsură ce timpul trece şi creşterea continuă, ajută la tolerarea eşecului mediului şi la organizarea şi producerea, într-un mod pozitiv, a împrejurărilor emoţionale pe care copilul le doreşte. De asemenea, este important de reamintit că, atunci când un copil devine capabil să aprecieze situaţiile triunghiulare surogat, este momentul să se furnizeze şanse pentru exerciţiul noii capacităţi. Fundamentul vieţii copilului continuă să fie situaţia triunghiulară originară, cea în care copilul se află în relaţie cu cei doi părinţi. Se poate presupune că un copil de 2 ani abia a intrat, nesigur, în această perioadă în care situaţiile triunghiulare surogat pot fi folosite, iar un copil de această vârstă cu siguranţă nu este pregătit să facă faţă desprinderii de situaţia triunghiulară cunoscută şi trecerii la o gestionare impersonală.

Fundamentul vizitelor zilnice la copiii care trebuie internaţi, ceea ce a devenit un procedeu frecvent abia în ultimii ani în această ţară, este reprezentat de nevoia copilului mic de un mediu emoţional simplificat. Se poate

spune că un copil de 2 ani care a trecut cu bine prin complexitatea dezvoltării emoţionale timpurii nu este pregătit să facă faţă unei gestionări impersonale, iar îngrijirea fizică satisfăcătoare dintr-un spital nu este suficientă; astfel încât fie părinţii trebuie să-şi menţină relaţia cu el în timp ce copilul este în spital, fie copilul trebuie să aibă posibilitatea să dezvolte un triunghi de relaţii surogat în cadrul instituţiei care a devenit din nefericire necesară din cauza vreunei afecţiuni fizice ce necesită un tratament specializat.

Fără a încerca să fim exacţi cu privire la vârste, putem observa că aproximativ în jurul vârstei de 5 ani mulţi copii devin capabili să folosească experienţele din afara căminului, în vreme ce, la vârsta de 2 ani, copilul sigur va fi afectat de destrămarea situaţiei familiale – care înseamnă simplă stare de lucruri a cărei bază este reprezentată de uniunea părinţilor.

La o vârstă şi *mai timpurie*, şi iar nu este nevoie să fiu exact, trebuie să ne gândim la mediu în perioada în care copilul consolidează atingerea poziţiei depresive în dezvoltarea emoţională. Pe măsură ce ne deplasăm înspre începuturi, descoperim că mediul devine din ce în ce mai important. Deja când copilul are 2 ani şi este normal şi se află în procesul rezolvării complexităţii relaţiei cu cei doi părinţi, descoperim că mediul trebuie să fie îndeajuns de bun şi trebuie să fie menţinut. Atunci când mergem şi mai spre început şi ne gândim la poziţia depresivă, ştim că bebeluşul *nu poate reuşi* fără îngrijirea continuă din partea unei alte persoane. În acel moment este o chestiune de copil şi mamă sau mamă-surogat. Mama trebuie să fie disponibilă pentru a (con) ţine situaţia în timp; nu numai că trebuie să fie disponibilă într-un mod fizic, dar trebuie să fie destul de sănătoasă încât atitudinea ei să fie constantă de-a lungul timpului şi trebuie să supravieţuiască zilei şi cumulărilor de zile pe care le

numim săptămâni şi luni pentru că bebeluşul să poată experimenta în mod repetat anxietăţile asociate cu impulsurile pulsionale, şi perlaborarea ulterioară acestor experienţe, şi reînnoirea relaţiei cu mama după perioada de perlaborare. Bebeluşii pot supravieţui atunci când nimeni nu joacă acest rol, dar supravieţuiesc lipsindu-le ceva din dezvoltarea lor emoţională, ceva de o importanţă vitală, iar rezultatul este o nelinişte şi o lipsă a capacităţii pentru îngrijorare, o lipsă de profunzime şi o incapacitate pentru jocul constructiv şi, în cele din urmă, o incapacitate de a munci; cu un rezultat nesatisfăcător atât pentru individ, cât şi pentru societate.

Funcţia specială a mamei sau a mamei-surogat *de a prezenta bebeluşul lumii exterioare* şi de a face posibilă iluzia contactului a fost descrisă. Se poate spune că acest aspect al îngrijirii materne nu este într-un mod atât de specific o funcţie a mamei reale, de vreme ce, dacă reuşeşte, bebeluşul capătă o capacitate pe care o poate folosi tot restul vieţii, în timp ce, prin comparaţie, în ceea ce priveşte poziţia depresivă, ceea ce contează este capacitatea de a face reparaţie iniţial în privinţa mamei înseşi. Cu toate acestea, se pare că adaptarea foarte sensibilă la necesităţi, care se cere pentru că bebeluşul să debuteze cu bine în această chestiune a relaţiei cu realitatea exterioară, necesită o stare de lucruri care nu prea poate să apară decât dacă mama reală este cea care se ocupă de copil.

La început, gradul de adaptare necesar este atât de mare, încât nu poate fi realizat îndeajuns de bine decât de cineva care are acel tip de pregătire conferit în mod natural de cele nouă luni de sarcină, în timpul cărora mama devine treptat capabilă să se identifice cu bebeluşul într-o măsură care nu i-ar reuşi nici măcar aceleiaşi mame la câteva săptămâni după ce bebeluşul s-a născut.

Examinând factorii care duc la integrare şi la

instalarea psihicului în corp, observăm că unul dintre aceştia ţine de mediu şi de îngrijirea fizică generală ca expresie a iubirii. Aceasta este situaţia în care este importantă tehnică, mai degrabă decât relaţia personală, dacă este să existe o astfel de situaţie, astfel încât în aceste chestiuni există o necesitate relativ mai mică ca mama să fie cea care se ocupă de ele. Cu alte cuvinte, dacă tehnica îngrijirii copilului este bună, problema persoanei care foloseşte această tehnică nu este atât de importantă. Pe de altă parte, trebuie reamintit că experienţa mai multor tehnici reprezintă o situaţie confuză pentru bebeluş; se poate spune că tehnica unei singure persoane este destul de variată şi atât de variată pe cât poate suporta un bebeluş în aceste stadii timpurii, fără să determine confuzie. Un bebeluş crescut într-o instituţie poate să se descurce mai bine în privinţa integrării şi instalării psihicului în corp decât în privinţa iniţierii contactului cu realitatea şi, după cum am arătat, nu se poate descurca deloc în privinţa dezvoltării îngrijorării. Totuşi diversele aspecte ale dezvoltării emoţionale sunt atât de strâns legate între ele, încât este extrem de artificial să delimităm aceste chestiuni între ele.

Dacă mergem şi mai mult înapoi, devenim implicaţi în starea de lucruri în care individul nu posedă niciun sentiment al trecerii timpului, nicio continuitate a integrării, chiar dacă integrarea apare în anumite momente, şi nicio capacitate de a se simţi dependent. De asemenea, nici capacitatea intelectuală care conferă înţelegerea eşecului adaptativ nu s-a dezvoltat, iar alinarea oferită de elaborarea imaginară, care reprezintă aspectul psihic al funcţiei, nu este încă disponibilă. În aceste stadii timpurii, se află în funcţiune nişte forţe teribile, dar principalul comentariu ar trebui să fie că acele forţe care există sunt foarte importante datorită faptului că încă nu există nicio alinare în privinţa cruzimii primitive; domnesc

factori economici simpli, iar dacă anumite condiţii nu sunt prezente, atunci sigur vor apărea anumite tulburări. Pe măsură ce înaintăm către cele mai timpurii stadii, ne îndreptăm către completa fuziune a individului cu mediul, cea implicată de cuvintele „narcisism primar”. Există o stare intermediară între acesta şi relaţiile interpersonale, care are o foarte mare importanţă, despre care se poate spune că între mama care ţine copilul în mod fizic şi copil există un strat pe care trebuie să-l recunoaştem şi care este în acelaşi timp atât un aspect al ei, cât şi al copilului. Este nebunesc să ai o asemenea persectivă, şi totuşi această perspectivă trebuie păstrată. Aici se poate face o analogie strânsă cu situaţia fizică anterioară naşterii: mama avea un copil înăuntrul ei. Uterul avea înăuntrul lui un întreg organism dezvoltat dintr-un singur ovul care a fost fertilizat. Endometrul s-a specializat pentru a se contopi cu placenta. Între mamă şi copil există deci sacul amniotic, placenta şi endometrul. Nu este nevoie să exagerăm analogia, dar şi din punct de vedere fizic este adevărat că între mamă şi bebeluş există un set de substanţe care este absolut esenţial până în momentul în care se produce în cele din urmă separarea. Acest set de substanţe se pierde apoi atât pentru mamă cât şi pentru bebeluş. În acest stadiu, care este atât de dificil de descris, noi, ca observatori, putem înţelege cu uşurinţă până unde este mama şi de unde începe copilul. Totuşi, în psihologia individului, există un important aspect al relaţiilor în care se poate spune că şi în cel mai intim contact există o lipsă de contact, astfel încât fiecare individ păstrează în mod inerent o izolare absolută pentru totdeauna. În analogia fizică, este adevărat că ovulul era găzduit în corpul mamei, şi nu parte din aceasta, iar după fertilizare a existat o organizare treptată a stabilirii independenţei; din punct de vedere biologic, se poate spune că mama nu pierde nimic din ea atunci copilul se naşte, cu excepţia unei părţi din

endometru care devine contopită cu placenta.

Am folosit cuvântul „nebunesc”, şi asta dinadins, deoarece în teoria dezvoltării fiinţei umane există o dublă pretenţie asupra acestei substanţe intermediare în momentul trecerii de la narcisismul primar la relaţia de obiect. După ce bebeluşul se naşte, această substanţă, care uneşte şi separă deopotrivă, este reprezentată de obiecte şi fenomene despre care se poate spune iar că fac parte atât din bebeluş, cât şi din mediu. Doar treptat pretindem de la individul aflat în dezvoltare să recunoască complet distincţia dintre realitatea exterioară şi realitatea psihică interioară; şi chiar există o relicvă a acestei substanţe intermediare în viaţa culturală a adulţilor – de fapt în ceea ce diferenţiază cel mai net fiinţele umane de animale (religie, artă, filosofie).

Înainte de toate acestea există o stare de *narcisism primar* sau starea în care ceea ce percepem ca mediul din jurul bebeluşului şi ceea ce percepem ca bebeluş constituie împreună o unitate. Termenul stângaci de „aranjament mediu-individ” poate fi folosit aici. Mediul, aşa cum îl cunoaştem noi, nu trebuie să fie menţionat, deoarece individul nu deţine niciun mijloc de a-l percepe şi de fapt individul încă nu există ca atare, nu este încă separat de aspectul care ţine de mediu al unităţii totale. Este un succes al unei dezvoltări emoţionale sănătoase atunci când centrul de greutate al fiinţării trece treptat înspre partea din unitatea totală pe care noi (privind din afară) o putem vedea cu uşurinţă ca reprezentând bebeluşul.

În acest stadiu foarte timpuriu, trebuie postulat că mediul trebuie să furnizeze 100 din adaptarea de tip fizic dacă dorim să se iniţieze o creştere sănătoasă şi că centrul de greutate al fiinţări să tindă să se îndepărteze de mediul înconjurător către centrul în care se află fătul. Din punct de vedere fizic, mama preia aspectul care ţine de mediu

din aranjamentul total.

S-a încercat descrierea factorului reprezentat de mediu în funcţie de diversele stadii ale dezvoltării emoţionale. Totuşi, pentru o completă înţelegere, trebuie să ne reamintim că *stadiile timpurii nu sunt niciodată cu adevărat abandonate*, astfel încât, într-un studiu al individului de orice vârstă vom întâlni toate tipurile de cerinţe adresate mediului, atât cele primitive, cât şi mai tardive; iar în îngrijirea copilului, ca şi în psihoterapie, este necesar tot timpul să fim atenţi la vârsta emoţională *din momentul respectiv*, pentru ca să poată fi furnizat mediul emoţional potrivit.

Atunci când observăm dezvoltarea emoţională a bebeluşului în aceste stadii foarte timpurii, vedem cât de precare sunt lucrurile. Din fericire, cea mai mare parte a îngrijirii asigurate de mediu este în termeni fizici; la început, este instinctuală, iar orientarea specializată a mamei face probabil ca lucrurile importante să se întâmple cu totul în afara înţelegerii şi cunoaşterii, exceptând cazul în care mama este bolnavă. Trebuie observat totuşi că o *reîntoarcere la un stadiu mai timpuriu de dependenţă* înseamnă durere şi un sentiment de precaritate ce ţine de dependenţă. Probabil această trăsătură nu aparţine dezvoltării originare care se desfăşoară normal. În cazul unei boli sau în cursul psihoterapiei poate apărea regresie, iar regresia la stări infantile poate avea o calitate tămăduitoare, dacă suferinţa foarte intensă asociată cu dependenţa trăită regresiv poate fi tolerată. Neîndemânaiea psihoterapeutului, comparat cu mama, face de neconceput ca regresia la dependenţă, chiar şi în cadrul unui tratament atent controlat, să fie plăcută.

Ideea unei perioade minunate în uter (sentimentul oceanic etc.) este o organizare complexă a negării dependenţei. Orice plăcere care apare odată cu regresia aparţine ideii de mediu perfect şi comparativ cu aceasta

trebuie cântărită ideea, la fel de reală pentru adultul sau copilul regresat, unui mediu atât de rău, încât nu poate fi nicio speranţă a unei existenţe personale.

Maladiile psihosomatice reconsiderate thftieoria maladiilor psihosomatice poate fi acum revi zuită. În studiul maladiilor psihosomatice trebuie să JL păstrăm în minte tot ce se cunoaşte despre dezvoltarea emoţională a individului şi să deducem relaţia dintre elementele fizice şi cele psihologice pas cu pas. Cel mai bine pot să descriu acest proces oferind câteva exemple.

ASTMUL (a) în anumite cazuri de astm există factori biochimici implicaţi, a căror funcţionare este obscură[51], iar cuvântul „alergie” nu ne ajută mai mult, decât în măsura în care sugerează că ar exista o sensibilitate a individului la anumite proteine. În unele cazuri s-ar părea că latura somatică a sindromului este cea mai importantă, cel puţin în stadiile iniţiale. Dacă s-ar accepta că în aceste cazuri cauza este una fizică, atunci s-ar suprapune rapid un strat secundar psihologic, care este variabil în funcţie de individ. Nu este posibil să ai astm fără să fii afectat de faptul că îl ai sau că eşti predispus să-l ai.

(b) Diverse studii au arătat că astmul este asociat cu un anumit factor din mediu. De obicei se susţine că grija maternă exagerată predispune la astm, ca şi la multe alte tipuri de simptome. Dacă aceste investigaţii sunt corecte, atunci există ceva important de spus despre teorie, şi anume că factorul advers extern continuu nu este neapărat cauza originară; iar cauza originară poate fi sau nu grija maternă exagerată într-o anumită perioadă timpurie importantă. În orice caz, o înţelegere completă a astmului în care există un factor advers extern puternic necesită înţelegerea impactului asupra fiecărui copil al inconştientului refulat care stă la baza compulsiei materne

---

51 în prezent, mecanismele fiziopatologice ale astmului sunt mult mai bine documentate. (N. t.)

către o grijă exagerată. Acesta sigur este variabil. În privinţa copilului văzut ca persoană întreagă, implicată în relaţii interpersonale, uneori astmul este foarte clar legat de faze de tensiune crescută, cum ar fi naşterea unui bebeluş sau episoade în care pe umerii copilului este plasată o greutate emoţională căreia acesta nu îi poate face faţă în acel moment, şi în urma cărora un alt copil poate ar fi dezvoltat enurezis sau o altă manifestare a stresului; motivul pentru care se dezvoltă astmul este asociat cu factori mai profunzi, dintre care unii simt cunoscuţi, iar alţii nu.

Analiza unui copil cu astm, dacă analistul se menţine la nivelul relaţiilor interpersonale şi al conflictului dintre iubire şi ură, dezvăluie multe lucruri valoroase. Copilul capătă o înţelegere a ceea ce i se întâmplă şi devine capabil să suporte astmul său chiar să îl evite, adoptând anumite proceduri. Cu toate acestea, analiza unui astmatic care se menţine la aceste niveluri poate avea succes sau nu în privinţa simptomelor astmului, deşi ea poate reuşi bine în capacitatea copilului de a-şi dezvolta atât caracterul şi personalitatea, cât şi o libertate generală a relaţiilor. Analiza la acest nivel nu dezvăluie niciodată natura astmului însuşi. Într-un tratament care ia în considerare momentul special din dezvoltarea relaţiei dintre bebeluş şi mamă care a fost numit „poziţia depresivă în dezvoltarea emoţională” este aruncată mult mai multă lumină asupra înţelesului astmului pentru copil. Pot exista sisteme fantasmatice bogate despre înăuntrul pieptului şi tot felul de variaţiuni pe tema pieptului simbolizând burtă sau a pieptului ca alternativă la burtă sau la interiorul general al psihicului care a devenit o unitate. Gestionarea violentelor bătălii interne şi controlul forţelor binelui şi răului din cadrul sinelui – acestea şi toate celelalte fenomene care contribuie la anxietatea ipohondriacă sunt descoperite şi sunt importante pentru

copil atunci când sunt conştiente în loc să fie inaccesibile* şi sunt importante şi pentru noi în încercarea noastră de înţelegere.

Totuşi încă nu există niciun indiciu cu privire la natura astmului. În analiză în care există o regresie până la o dependenţă mai mare, şi în situaţia analitică şi în relaţia de transfer, pacientul este infantil în anumite momente sau de-a lungul anumitor faze. Există o abordare mai îndeaproape a naturii reale a astmului însuşi, deşi trebuie să admitem că încă rămân multe de înţeles. Starea infantilă aduce odată cu ea o alinare a problemelor respiratorii asociate cu începutul perioadei de după naştere şi chiar cu procesul naşterii. Apar amintiri corporale de o foarte mare importanţă, iar în şedinţele de tratament sunt descoperite tulburări fizice ale aparatului respirator care nu fuseseră accesibile anterior ca material mnezic nici chiar în vise. Totuşi indiciul pentru astm încă lipseşte, de vreme ce aceste amintiri corporale ale tulburărilor respiratorii nu duc neapărat la astm, ele putând fi asociate în schimb cu o predispoziţie către bronşită şi cu tot felul de alte tulburări respiratorii şi senzaţii de sufocare etc. Abia când tratamentul atinge stadiile foarte timpurii din dezvoltarea emoţională a individului, astmul pare să înceapă să-şi găsească locul, ca de exemplu când pacientul este preocupat cu stabilirea unui sine adevărat ca loc din care să trăiască şi cu instalarea acestui sine adevărat în trup. Aici devine rezonabilă legătura filologică între cuvântul „suflet” şi cuvântul „respiraţie”. Mişcarea de du-te-vino a respiraţiei este resimţită ca intolerabilă în cazul anumitor anxietăţi asociate cu salvarea sinelui adevărat şi probabil ascuns, şi prin ţipăt, ca şi prin astm, se poate exprima conflictul dintre nevoia de o intrare şi o ieşire libere şi anxietatea cu privire la lipsa de control asupra a ceea ce intră sau iese din proaspăt stabilita unitate psihică. Legătura bine

cunoscută dintre eczema infantilă şi astm nu este înţeleasă în termeni psihologici, şi până va fi înţeleasă trebuie acceptate argumentele în favoarea unui fundament fizic comun pentru cele două sindroame.

În această scurtă trecere în revistă a astmului, am încercat mai mult să ilustrez folosirea psihologiei diverselor tipuri, decât să fac o descriere completă a subiectului psihologiei astmului.

Dacă examinăm subiectul ulcerului gastric, putem folosi din nou acelaşi sistem. Nu este nevoie să discutăm cauzele pur fizice ale ulcerului gastric. În termenii mediului, poate fi demonstrat că într-o proporţie semnificativă din cazurile de ulcer gastric sunt prezente condiţii ducând la un stres emoţional continuu, în unele dintre aceste cazuri, îndepărtarea factorilor externi adverşi reprezintă o parte importantă a tratamentului fizic, iar tratamentul trebuie să fie fizic deoarece există o leziune fizică şi periculoasă. În cadrul tratamentului prin internare şi, de exemplu, regim doar cu lapte, oferit în cantităţi mici şi frecvente, trebuie reamintit că există şi o separare a pacientului de mediul familial şi o justificare pentru eliberarea de anxietăţile asociate cu munca. Dacă aceste anxietăţi nu sunt abordate printr-o gestionare potrivită, tratamentul prin mijloace fizice este predispus la eşec; încrederea pacientului în medic şi asistente este de o importanţă supremă ca parte din gestionare şi în îndepărtarea factorilor emoţionali adverşi continui care aparţin vieţii pacientului. În mod secundar, tratamentul trebuie să implice o întrerupere a posibilităţii diverselor beneficii secundare care, bineînţeles, au o cauză psihologică.

În termeni de relaţii interpersonale între persoane întregi, există multe de aflat dacă se întreprinde o cercetare. Este accesibilă toată gama fantasmelor şi

viselor şi investigarea relevă diverse identificări încrucişate. O analiză la acest nivel a unui pacient poate calma anxietăţile şi îl poate face pe pacient capabil să facă faţă factorilor de mediu, uşurându-i nevoia de a alina experienţe timpurii nefericite care fuseseră uitate. În aceste cazuri, o analiză în termenii poziţiei depresive dezvăluie multe, mai ales o dispoziţie defensivă de tip cronic cu o depresie ascunsă la bază. Aceasta este numită agitaţie anxioasă comună în copilărie sau hipomanie, iar în teoria psihanalitică, agitaţia este privită ca apărare maniacală împotriva depresiei; o hiperactivitate constantă şi acumularea excitaţiei conduc la modificări fiziologice care pot afecta cu uşurinţă diverse elemente precum aciditatea conţinutului gastric. De asemenea, pot reprezenta şi o sursă pentru anumite beneficii secundare compulsive şi tulburări minore, cum ar fi mâncatul pe fugă sau alegerea incorectă a mâncării. Nu un factor izolat duce la ulcer gastric, ci acţiunea mai multora de-a lungul unei anumite perioade de timp. Analiza unui pacient de acest tip diferă în funcţie de prezenţa propriu-zisă a ulcerului sau doar a existenţei condiţiilor care ar putea duce cu uşurinţă la formarea unei ulceraţii cronice. În primul caz, ulcerului îi va fi conferită o semnificaţie de către pacient în funcţie de fantasmele disponibile cu privire la fenomenele lumii interioare. Într-un anumit număr de cazuri, la baza bolii se va descoperi depresia care duce la dispoziţia hipomaniacală, în pofida faptului că datorită analizei s-a obţinut o mare alinare în termenii conflictului între iubire şi ură şi relaţiilor interpersonale şi anxietăţilor inerente complexului oedipian. Nu există niciun motiv particular pentru a ne aştepta ca analiza aspectelor mai primitive să contribuie la înţelegerea sau tratamentul ulcerului gastric, deşi, bineînţeles, în fiecare caz în parte se poate descoperi că există o boală psihotică la bază.

Există totuşi un aspect legat de tulburările

psihosomatice de care trebuie să ne reamintim mereu, şi acesta este că partea fizică a bolii ancorează boala psihologică în corp. Acest lucru are o importanţă deosebită că apărare împotriva unei refugieri în domeniul pur intelectual, adică împotriva unei pierderi a semnificaţiei continuumului *psyche-sama* în individ. În acest fel, fenomenele foarte timpurii care au fost descrise sub denumirea de „primitive” pot deveni importante în studiul oricărui caz de tulburare psihosomatică, inclusiv ulcerul gastric.

Se va observa că un studiu al factorilor externi curenţi poate avea rezultate semnificative statistic, dar poate induce mult în eroare.

Apendice

REZUMAŢI August 1954

INTRODUCERE

I.

Examinarea copilului.

Corp, psihic, minte.

Sănătate: sănătatea imperfectă.

Interrelaţii între maladiile somatice şi tulburările psihologice. Domeniul psihosomatic (preliminar).

II.

Dezvoltarea emoţională a fiinţei umane.

A. Relaţiile interpersonale.

B. Îngrijorare *concern*, vinovăţie, reparaţie.

C. Stadiile primitive.

A. Relaţiile interpersonale.

Se: Eu: Supraeu:

Sexualitatea infantilă.

Instincte, genitale şi pregenitale.

Anxietatea.

Organizarea apărărilor.

Inconştientul refulat.

Conceptul de „sănătate”, în termenii Teoriei

Pulsionale.

B. Stadiul de îngrijorare *concern*.

Poziţia depresivă (Klein) în dezvoltarea emoţională.

Tema lumii interioare.

Starea de retragere: legătura cu (preocuparea (concentrarea Starea paranoidă şi anxietatea ipohondriacă.

Patru tipuri de material psihoterapeutic:

1. Relaţiile exterioare; elaborarea imaginară.
2. Interrelaţiile lumii interioare.
3. Ramificaţiile intelectuale.
4. Fenomenele tranziţionale.

Studiul cadrului psihoterapeutic al stărilor liniştite-excitate al necesităţilor preprimitive şi primitive.

C. Dezvoltarea emoţională primitivă.

(a) Stabilirea unei relaţii cu realitatea exterioară (comună). Prima hrănire teoretică.

Importanţa iluziei şi stărilor tranziţionale.

Şinele fals: aspecte normale şi anormale sinele care îngrijeşte persona (cf. Jung).

(b) Integrarea. Atingerea statutului de unitate.

(e) Instalarea *dwelling* psihicului în corp.

(d) Cele mai timpurii stări:

Cea mai timpurie diagramă: aranjamentul mediu-individ. Experienţa naşterii.

Starea primară de fiinţare.

Haos-ordine apărând din vid.

III.

Evoluţia mediului.

Studiul secvenţelor (I) Elaborarea imaginară a funcţiilor.

Fantasma.

Realitatea interioară.

(II) Realitatea interioară;

Visul; Memoria; arta creativă; Fantasma; joacă;

munca; Fantasmarea.
Dezvoltarea temei pediatriei psihosomatice.
Relaţiile cu (1) funcţionarea normală;
(2) nevroză;
(3) tulburările de dispoziţie;
(4) psihozele.
Fenomene şi obiecte tranziţionale.
IV.
Comportamentul antisocial.
Delincvenţa din perspectiva eşecului mediului.
Copilul cu carenţe afective.
V.
Latenţa.
Prepubertatea.
Adolescenţa.
Maturitatea.
REZUMAŢII *e.1967*
INTRODUCERE Studiul naturii umane.
PARTEA I.
I.
Examinarea copilului.
Corp, psihic, minte.
Continuumul *psyche-some* şi mintea.
Sănătatea imperfectă.
Interrelaţii între maladiile somatice şi tulburările psihologice.
Domeniul psihosomatic.
II.
Dezvoltarea emoţională a fiinţei umane.
Planul: (mergând înapoi)
Relaţiile interpersonale.
Stabilirea unităţii personale.
Sarcinile principale.
Întreţeserea cu sechelele dependenţei.
PARTEA A II-a

Introducere. Stabilirea statutului de unitate.

Consecinţe: îngrijorare *concern*, vinovăţie, realitatea psihică personală internă.

Poziţia depresivă: refularea în termenii depresiei.

Bogăţia interioară un nou concept. Tema lumii interioare. Modul de viaţă paranoid.

Depresia ca tulburare de dispoziţie. Apărarea maniacală – mânia.

Diverse tipuri de material psihoterapeutic.

Anxietatea ipohondriacă.

PARTEA A III-a

Teoria Eului. Relaţia cu realitatea exterioară:

Joacă

Creativitate

Integrarea.

Instalarea indwelling.

Mediul.

Postfaţă de Ioana Lazăr

Ţntura umană este poate una dintre cele mai reprezentative cărţi apărute sub numele lui D.W. Winnicott.

Ax Editată postum, circumscrie majoritatea ideilor sale definitorii. El începe prin a recunoaşte limitarea personală a descrierii naturii umane, care este infinită în esenţă. Dar în condiţiile în care orice pretenţie de obiectivitate se supune intrinsec limitelor personale ale individului care avansează structura „obiectivă”, este util să ne familiarizăm cu fiecare perspectivă cunoscută asupra naturii umane. Şi, pornind de la această realitate a limitării personale, Winnicott începe prin a-şi descrie propriul parcurs: formarea, experienţa, problemele personale – şi poate că cel mai mult spune despre el faptul că a considerat oferirea de sfaturi părinţilor că fiind cea mai dificilă acţiune: nu psihoterapia cu copii mici, nu psihanaliza cu adulţi psihotici, ci întâlnirea faţă în faţă cu

nişte părinţi ajunşi în situaţie de eşec, totuşi îndeajuns de buni încât să caute ajutor, trecând peste barierele narcisice – ce şi cum să le spui pentru a-i ajuta fără a le afecta capacitatea naturală de a funcţiona spontan şi autentic în continuare.

În condiţiile în care sănătatea transcende simplă stare de lipsă a bolilor, care devine doar punctul de plecare pentru sănătatea propriu-zisă, Winnicott avertizează asupra pericolelor psihologiei aplicate, şi anume limitarea la aspectele superficiale ale psihologiei infantile sau falsa încadrare a entităţilor nosologice între nişte limite prea rigide pentru a da seama de dinamică acestora. Alt aspect asupra căruia atrage atenţia este limitarea psihoterapiei de către ereditate – limitare care apare cel mai evident tocmai în psihanaliza oamenilor sănătoşi. El susţine că psihanaliza ar trebui să se împletească cu psihosomatica, psihiatria şi medicină generală, dat fiind că în studiul fiziologiei excitaţiei celulare şi somatice nu se poate să nu se ia în considerare realitatea psihică a individului respectiv. Accentuează un posibil efect benefic al tulburărilor psihosomatice, care pot apărea în scopul de a contracara fie exacerbarea intelectului, fie stările de depersonalizare.

În afara teoriilor winnicottiene deja bine cunoscute, această carte conţine anumite abordări originale asupra unor chestiuni controversate, cum ar fi aceea a sufletului uman, pe care el îl vede ca fiind o proprietate a psihicului constituit prin elaborarea imaginară a funcţionării somatice a corpului, şi astfel indisolubil legat de acesta. De asemenea, trecerea în revistă pe care o face teoriei pulsionale freudiene ne aduce avantajul de a putea surprinde punctele de apropiere sau de fractură între sistemele de gândire ale celor doi mari psihanalişti. În acest context, doresc să precizez că, deşi Winnicott pare să pună accentul pe elaborarea imaginară ca marcă a

umanului, şi nu neapărat pe folosirea unui alt termen pentru „instinct” (pentru a-l deosebi de instinctul animal), s-a preferat folosirea cuvântului „pulsiune”, deoarece reprezintă un termen deja împământenit în peisajul psihanalitic românesc. În această expunere asupra pulsiunilor, Winnicott ne oferă explicaţia sa personală a progresiei pregenital-falicgenital, şi anume, pornind de la importanţa excitaţiei generalizate în integrare, ajunge la a ne spune că anumite organizări ale excitaţiei devin dominante, iar elaborarea imaginară a tuturor excitaţiilor tinde să se efectueze în termenii tipului pulsional dominant. De asemenea, ne împărtăşeşte obiecţiile sale în privinţa stadializării nivelului pregenital: prin prisma progresiei neîndurare-îngrijorare (*ruthlessness-concem*), susţine că nu există dovezi care să demonstreze că activitatea bebeluşului este iniţial erotică, apoi sadică. După aceea constată variabilitatea extremă a stadiului anal, ceea ce îl diferenţiază de stadiile oral său genital. Materiile excretate – asupra cărora se pune accentul în acest stadiu – au o preistorie, ceea ce dovedeşte o complexitate care depăşeşte în mod definitoriu un simplu stadiu al creşterii Seului. De asemenea, discută într-un chip extrem de captivant prin implicaţiile conţinute distincţia dintre masculin şi feminin, al cărei debut este marcat de stadiul intermediar falie, dat fiind că în acest stadiu, băiatul este complet, fantasmele înscriindu-se în aceeaşi linie cu performanţele, spre deosebire de fată, care nu experimentează această completitudine, în stadiul genital, în care accentul cade mai degrabă pe penetrare şi impregnare (spre deosebire de stadiul falie în care erecţia este cel mai important lucru, iar pierderea ei ar fi de nesuportat), bărbatul împărtăşeşte din nou un destin comun cu femeia: depinde de ea, de alteritate, pentru sentimentul de completitudine. Deşi descrierea genitalităţii feminine nu se poate efectua în absenţa

invidiei de penis şi fantasmei de castrare, totuşi această perspectivă asupra dezvoltării pulsionale este mai potrivită pentru masculin decât pentru feminin, sexualitatea feminină fundamentându-se într-o măsură mai mare pe stadiile pregenitale şi necesitând într-o măsură mai mare fantasmele infantile despre înăuntrul propriu şi al mamei (poziţia depresivă). De altfel, Winnicott îşi precizează într-o notă pe marginea textului intenţia de a prezenta o invidie faţă de feminin la bărbaţi, echivalentă invidiei de penis. Toată această expunere a diferenţei masculin-feminin conturează o continuitate a fiinţării specială în cadrul feminităţii, în care femeia există încă din fetiţă, iar atmosfera realităţii interioare pare a păstra o linie comună a frustrării, pe când în cadrul masculinităţii, dezvoltarea pare să fie oarecum segmentată de fantasmele şi trăirile fazei falice. În continuare, Winnicott propune termenul de „complex oedipian inversat” pentru fete, mai degrabă decât „complexul lui Electra”, deoarece lasă subiectul deschis imaginaţiei, doar sugerând că există o altă cale pentru fete decât pentru băieţi.

Un alt punct de interes pe care Winnicott îl ia în discuţie, din păcate doar într-o notă pe marginea textului, vizează diferenţa dintre homosexualitatea normală, implicând atingerea stadiului genital, şi fixarea într-un stadiu pregenital, cu deplasarea erotismului oral asupra anusului. De altfel, el scrie şi în text că, dată fiind sexualitatea inerentă vieţii fantasmatice şi capacităţii de identificare a individului, sexualitatea se dezvoltă în funcţie de persoana de care se îndrăgosteşte copilul când ajunge la vârsta relaţiilor interpersonale (între pruncie şi perioada de latenţă). Întreaga terminologie a complexului oedipian nu poate fi aplicată de fapt decât în măsura în care există o situaţie triunghiulară implicând persoane întregi şi reale, percepute ca atare de către copil, deci nu atât timp cât a treia persoană este doar obiect parţial.

Rezolvarea cu succes a complexului oedipian se face prin intermediul anxietăţii de castrare, ea fiind cea care-i permite copilului să trăiască în continuare şi care îi îngăduie şi tatălui să trăiască. Tatăl este introiectat şi folosit ca prototip de conştiinţă. Astfel, controlul exercitat de Supraeu nu se întinde doar asupra pulsiunilor, ci şi asupra fenomenelor complexe ale Eului ce depind de amintirile experienţelor instinctuale şi ale fantasmelor legate de acestea, Winnicott observând aici o legătură cu poziţia depresivă. De fapt, abia în relaţia triunghiularăcedipiană ura poate apărea în mod liber, întrucât ceea ce este urât este o persoană întreagă, ce se poate apăra, poate supravieţui, poate pedepsi şi ierta; aceasta este ceea ce descătuşează şi iubirea. Dacă există o dezvoltare sănătoasă, în culmea excitaţiei anxietatea este maximă, dar este tolerată ca atare; un copil care a dezvoltat apărări nevrotice va prezenta o conştientizare scăzută. Orbirea din mitul oedipian simbolizează ideea de „inconştient refulat”. Atenţia cu care Winnicott se apleacă asupra elementelor mitului îl apropie de Wilfred R Bion care, la rândul lui, găsea că Oedip reprezintă şi triumful curiozităţii, simbolizând în acest sens integritatea ştiinţifică. Acesta nu este singura apropiere între Winnicott şi Bion, ei împărtăşind o viziune asupra naturii umane care demonstrează multe puncte comune, căci ambii pleacă în dezvoltarea teoriilor lor de la poziţiile kleiniene paranoid-schizoidă şi depresivă. De exemplu, Bion, în primele sale lucrări despre funcţionarea psihotică, susţine că Eul nu se poate retrage niciodată complet din realitate (în replică la diferenţa pe care o exprimă Freud între nevroză şi psihoză: „În prima, Eul, în virtutea supunerii lui la realitate, suprimă un fragment al Seului – viaţa pulsională – pe când în psihoză acelaşi Eu se pune în serviciul Seului şi se retrage dintr-o parte a realităţii.”) / contactul individului cu realitatea fiind mascat de „fantasme de omnipotenţă

care vizează să distrugă realitatea sau conştientizarea ei şi să realizeze o stare care nu este nici viaţă, nici moarte”. Această descriere conţine similitudini cu cea pe care Winnicott o face Sinelui fals, dezvoltat pe baze compliante la o realitate catastrofal de frustrantă, pentru a masca Sinele adevărat şi a-i permite subzistenţa până la o eventuală dată ulterioară când vor fi îndeplinite condiţiile pentru o dezvoltare şi o viaţă proprie autentică. În aceeaşi linie se înscrie şi diferenţa pe care el o vede între tipul nevrotic şi cel psihotic: nevroticul tinde către conştientizare, în timp ce psihoticul caută sentimentul de realitate (de autenticitate). Winnicott precizează în continuare şi implicaţiile acestei diferenţe în termenii necesităţilor pacienţilor aflaţi în analiză: partea nevrotică necesită capacitatea de toleranţă a analistului, înţelegerea proceselor şi exprimarea (prin interpretare) a acestei înţelegeri, în timp ce partea psihotică necesită tolerarea regresiei propriu-zise la dependenţă. De altfel, una dintre modalităţile de eşec în îngrijirea copilului, în viziunea lui, constă în incapacitatea părinţilor de a distinge clar între fantasmele copilului şi realitate, ajungând să prezinte o idee ca pe un fapt sau să reacţioneze la o idee ca şi cum ar fi o acţiune, deoarece pot fi mai înspăimântaţi de idei decât de acţiuni. Capacitatea de a tolera idei, atât de necesară analistului, după cum am văzut, în tratarea cu partea nevrotică a pacientului, este o trăsătură a maturităţii şi parte a maturităţii sociale, deoarece chiar capacitatea de fantasmare este cea care permite că exprimarea brută a instinctelor să poată fi inhibată – fantasmarea reprezintă o caracteristică intrinsec umană, materialul de bază al socializării şi civilizaţiei. Din nou observăm o similitudine cu funcţia reveriei materne descrise de Bion, necesară pentru crearea în noul individ a acelui spaţiu intermediar între percepţie şi acţiune, spaţiul în care se dezvoltă gândirea.

Un alt autor apropiat de Winnicott este Heinz Kohut; modul în care acesta descrie rolul imperfecţiunii inevitabile a obiectelor sinelui arhaice idealizate în constituirea autonomiei individului aflat în dezvoltare, în condiţiile în care aceste imperfecţiuni apar la o rată tolerabilă („frustrare optimă”) pentru narcismul acestuia, care să-i permită astfel internalizarea transmutaţivă a obiectelor sinelui, este similar cu acela în care mama îndeajuns de bună reuşeşte deziluzionarea copilului ei progresiv, ţinând cont de competenţele acestuia în ceea ce priveşte capacitatea de tolerare a frustrării. Teoretizarea transferului fuzionai al lui Kohut ne reaminteşte de capacitatea esenţială în viziunea lui Winnicott în travaliul cu partea psihotică a pacienţilor, şi anume aceea de a tolera regresia propriu-zisă la stadii foarte arhaice. Diferenţa între cei doi constă în faptul că Winnicott conceptualizează o distructivitate primară şi consideră independenţa ca reprezentând idealul de dezvoltare. De altfel, într-o notă pe marginea textului *Naturii umane*, Winnicott precizează că motivul pentru care nu a putut să-şi publice scrierea constă tocmai în polemică determinată de faptul că el considera că există o distructivitate primară (la un loc cu iubirea primară), şi nu doar furie la frustrare, care, în concepţia lui, nu ar fi fost destul de timpurie.

La fel ca în toate lucrările lui, şi în aceasta Winnicott se dovedeşte a fi securizant prin recunoaşterea faptului că tot ce se spune este doar punctul lui de vedere, fără impuneri, fără reproşuri, fără exigenţe... deci fără dezamăgiri; el se dovedeşte a se număra printre aceia care consideră că orice sistem filosofic se bazează de fapt pe credinţă, credinţa proprie a persoanei care-l concepe, respectiv acceptă. Astfel ne lasă, mai mult decât atât, ne invită parcă, să efectuăm acelaşi travaliu de sinceritate în sinele nostru şi să nu reţinem deci decât ce se dovedeşte a fi „pe sufletul nostru”; şi sunt multe cele pe care le putem

reţine…

Bibliografie

Toate cărţile sunt publicate la Londra, dacă nu se indică altfel. Abraham, K. (1924) „A Short Study of the Development of the Libido, Viewed in the Light of Mental Disorders”, în *Selected Papers on Psycho-Analysis*. Hogarth, 1927. Aichhom, A. (1925) *Wayward Youth*. Imago, 1951.

Balint, A. (1931) *The Psycho-Analysis of the Nursery*. Routledge Kegan Paul, 1953.

Freud, A. (1926 – 27) The Psycho-Analytic Treatment of Children. Imago, 1946.

— (1936) The ego and the Mechanisms of Defence. Hogarth, 1937. Freud, S. (1900) The Interpretation of Dreams, în James Strachey, ed. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, 24 vol. Hogarth, 1953 – 73 vols 4, 5.

— (1905) Three Essays on the Theory of Sexuality, S.E. 7.

— (1917) Mourning and Melancholia, S.E. 14.

— (1923) The ego and the Id, S.E. 19.

— (1926) Inhibitions, Symptoms and Anxiety, S.E. 20.

— (1931) Female Sexuality, S.E. 21.

Glover, E. (1932) On the early Development of the Mind. Imago, 1956.

Gorer, G. And Rickman, J. (1949) The People of Great Russia: A Psychological Study. Cresset.

Guthrie, L.G. (1907) Funcţional Nervous Disorders în Childhood.

Oxford University Medical Publications. Henderson, D.K. Şi Gillespie, R.D. (1940) A *Textbook of Psychiatry for Students and Practitioners*, ed. A V-a. Oxford University Medical Publications.

Jackson, L. (1954) Aggression and Its Interpretation. Methuen.

Jones, E. (1927) „The early Development of Female Sexuality”, în *Papers on Psycho-Analysis*, ed. A V-a. Baillière, Tindall Cox, 1948.

Klein, M. (1923) The Psycho-Analysis of Children, în Collected Works, vol. II. Hogarth, 1975.

— (1934) „A Contribution to the Psychogenesis of Manic-Depressive States”, în *Collected Works*, vol. I. Middlemore, M. (1941) *The Nursing Couple*. Hamish Hamilton, 1941.

Money-Kyrle, R.E. (1951) Psycho-Analysis and Polities: A Contribution to the Psychology of Polities and Morals. Duckworth, 1951.

Ophuijsen, J.H.W. Van (1920) „On the Origin of the Feeling of Persecution”, în *Int.). Psycho-Anal*. I.

Riviere, J. (ed.) (1952) *Developments* în *Psycho-Analysis*. Hogarth, 1952.

Rosen, J. (1953) *Direct Analysis*: *Selected Papers*. New York: Grune Stratton, 1953.

Spence, J. (1946) „The care of Children în Hospitals”, în *The Purpose and Practice of Medicine*. Oxford University Press, 1960.

Spitz, R.A. (ig45) „Hospitalism: An Inquiry into the Genesis of Psychiatric Conditions in Early Childhood”, în *Psycho-Analytic Study of the Child*, I.

Winnicott, D.W. (19451) „Primitive Emoţional Development”, în *Through Paediatries to Psycho-Analysis*. Hogarth, 1975.

— (1949) „Mind and its Relation to the Psyche-Soma”, în

Through Paediatries to Psycho-Analysis. Hogarth, 1975.

— (1949) „Weaning”, în The Child, the Family and the Outside

World. Harmondsworth: Penguin, 1964.

— (1950) „Some Thoughts on the Meaning of the

Word «Democracy» „în *Home* Îs *Where We Start From*. Harmondsworth: Penguin, 1986.

— (1968) „The Use of an Obiect and Relating Through Identifications”, în *Playing and Reality*. Harmondsworth: Penguin, 1980.

3 INTER-RELATHLE DINTRE MALADIILE TRUPULUI şi TULBURĂRILE PSIHOLOGICE.

Ereditatea

Tulburările congenitale

Deficite de aport

Defecte de eliminare

Accidente

C alegoria „încă-necunosc utului” Alergiilei *Notă pentru revizie*: Adaugă definiţia sănătăţii în termeni de libertate în ceea ce priveşte rigiditatea apărărilor.

ÎI/o placi? Da sănătate

Eşti plictisit? Da sănătate imperfectă

(4) Ca exemplu de material de joc care indică anxietate cu privire la structura Eului, ofer cazul unui băiat de 6 ani, ale cărui izbucniri maniacale indicau o dezintegrare violentă. A folosit o masă rotundă şi a aşezat căsuţe de-a lungul marginii, iar apoi a mai aşezat un rând de căsuţe înăuntru. Înăuntrul celui de-al doilea rând, exista spaţiu pentru puţină viaţă. S-ar fi putut interpreta detaliile acestei vieţi, dar interpretarea principală s-a referit la supraaccentuarea corpului sau a limitei Eului. Corespunzător acestui luau, băiatul dezvolta o personalitate foarte exagerată. Cu altă ocazie, a folosit multe compartimente ale poliţei şemineului, plasând o mostră a vieţii lumii interioare în fiecare compartiment, neexistând nicio relaţie permisă între ele (disocierea ca apărare).

O fată de 6 ani, care se afla în recuperare după o fază psihotică în care putusem să o ajut cu un an în urmă, a revenit în cabinetul meu la cererea ei, aducându-şi sora cu

ea. În timp ce sora a luat jucăriile şi s-a jucat ca un copil obişnuit, această fată